

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs.
Pour les départements.............	20 —
Pour l'Europe......................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23 —
Pour les autres parties du monde...	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef.

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXV

Contenant des travaux de MM.

Alexenko, Baudry, Blanc, Boyer (Mme), Crimail,
Delbet, de Grandmaison et Bresset, Farabeuf et Varnier, Felizet,
Henry (Mme), Labusquière,
Lawson Tait, Mabboux, Pinard, Reymond et Mally,
Richelot, Schull, Segond, Tuffier.

1891

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891



ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE LA FACULTÉ (CLINIQUE BAUDELOCQUE)

DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

Par le Professeur A. Pinard

Messieurs,

Je viens d'examiner devant vous, à la salle de travail, deux femmes ayant le bassin vicié par le rachitisme et chez lesquelles, vous ai-je dit, je vais provoquer l'accouchement.

Je profite de cette circonstance pour vous entretenir aujourd'hui de l'un des plus beaux actes opératoires de la thérapeutique obstétricale, qui nous permet si souvent à l'heure actuelle de sortir absolument victorieux des impasses de l'angustie pelvienne, et nous donne le pouvoir, comme l'a si bien dit Jacquemier, de réaliser l'idéal de Levret, c'est-à-dire de sauver et la mère et l'enfant.

Je veux, aussi rapidement que possible, vous montrer comment l'idée de provoquer l'accouchement avant terme, chez les femmes ayant un rétrécissement du bassin, a pris naissance, combien cette idée géniale a été critiquée et combattue alors même que les faits venaient prouver sa légitimité et sa puissance, avant d'apparaître aux yeux de tous ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire l'une des plus heureuses conceptions de l'art obstétrical.

Puis, je vous exposerai de quelle façon l'accouchement provoqué enfin « partout sorti victorieux de sa longue et

laborieuse phase militante » est devenu le moyen prophylactique par excellence de la dystocie, dans le plus grand nombre des bassins viciés. Nous aurons ensuite à étudier les indications, la technique opératoire et les résultats obtenus.

L'accouchement provoqué, en tant qu'opération considérée comme légitime, ayant ses indications, ses contre-indications et son manuel opératoire, est de date toute moderne.

L'accouchement prématuré accidentel avait prouvé depuis un temps immémorial que les enfants nés avant terme dans les deux derniers mois de la grossesse sont le plus souvent viables et que, d'un autre côté, les femmes qui accouchent dans ces conditions ne courent pas plus de dangers que celles qui accouchent à terme. Dans un certain nombre de cas même, les accoucheurs avaient observé que des femmes qui n'avaient pu accoucher à terme que d'enfants morts et mutilés, avaient expulsé spontanément des enfants vivants et viables, lorsqu'une cause fortuite était venue déterminer l'accouchement prématuré.

Il n'y avait donc qu'un bien petit pas à faire pour que l'art pût mettre à profit les résultats de l'observation, pour que la cause fortuite devînt voulue, pour que ces cas exceptionnels devinssent la règle.

Quelques esprits s'engagèrent dans cette voie, mais soulevèrent bientôt des sentiments de réprobation. Une considération morale ou envisagée comme telle (l'inviolabilité de la grossesse) paralysa ces élans particuliers et immobilisa pendant longtemps la main des accoucheurs.

Ainsi cette prétendue morale admettait la légitimité de la mutilation, de la destruction du fœtus à terme pour sauver la mère et s'élevait contre l'emploi du moyen qui aurait donné les plus grandes chances de vie à la mère et à l'enfant.

Aux accoucheurs anglais revient l'honneur d'avoir les premiers proclamé, vers l'année 1756, la légitimité du principe de l'accouchement provoqué, considérant ce dernier comme conforme à la saine morale et à la saine pratique.

Macaulay justifia le premier la décision de ses confrères et bientôt après G. Kelly le suivait dans cette voie, en provoquant trois fois l'accouchement chez la même femme et deux fois avec succès.

Un mouvement semblable se produisit un peu plus tard en Allemagne. Dès 1799, E. A. Mai essayait de poser les indications de l'accouchement prématuré artificiel et Wenzel, en 1804, faisait mieux encore en le pratiquant avec succès. Mais ce ne fut qu'après la publication de l'ouvrage de Reisinger, en 1820, que toutes les résistances furent vaincues en Allemagne.

A partir de ce moment, l'accouchement prématuré artificiel fut accepté et pratiqué par les accoucheurs de presque tous les pays.

C'est en France où il a rencontré les résistances les plus opiniâtres et où il a eu à lutter le plus longtemps pour pénétrer dans la pratique.

Conseillé avec timidité par Lauverjat, approuvé par A. Petit qui le fit pratiquer, d'après Sue « dans le cas de difformité aux os du bassin », l'accouchement provoqué fut rejeté par la plupart des accoucheurs de la fin du dernier siècle et du commencement de celui-ci.

D'après Sue, il faudrait avant de discuter les résultats pratiques de cette opération, « que les casuistes et les théologiens eussent décidé s'il est permis d'accélérer par art une fonction à laquelle la nature a assigné un terme fixe ».

Baudelocque laisse de côté, lui, les considérations morales ou théologiques, mais s'appuyant sur quelques observations malheureuses repousse le principe de l'accouchement provoqué, ce dernier ne pouvant donner d'aussi bons résultats que l'accouchement prématuré accidentel.

Cet anathème prononcé par Baudelocque, accusé encore par ses élèves, eut une influence désastreuse. Ce ne fut pas seulement de la défaveur, ce fut de l'opprobre qui s'attacha à la provocation de l'accouchement.

Il suffit pour s'en convaincre de lire la réponse « énergi-

quement négative et menaçante faite en 1827 par une commission de l'Académie de médecine, composée d'accoucheurs et de médecins légistes éminents, à la proposition de l'accouchement provoqué faite par un praticien de la ville, à l'occasion d'un accouchement prématuré heureux » (Jacquemier).

Enfin, Stoltz, Dezeimeris, Dubois, Velpeau, esprits plus larges, observateurs plus sagaces, se montrèrent partisans de l'accouchement provoqué, le conseillèrent et le firent définitivement entrer dans la pratique en France. M. Stoltz provoqua l'accouchement pour la première fois en 1831.

Depuis cette époque, les indications se multiplièrent en se précisant, en même temps que les procédés opératoires se modifièrent en se perfectionnant.

Au point de vue des indications en général, on peut dire avec Jacquemier que l'accouchement peut et doit être provoqué chez des femmes qui ont le bassin trop étroit pour permettre le passage d'un enfant vivant à terme, ou qui sont affectées de maladies produites ou aggravées par la grossesse, menaçant sérieusement, et prochainement leur existence, et celle de leur enfant.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'interruption de la grossesse doit avoir lieu seulement à une époque où la viabilité du fœtus est assurée, car avant ce moment ce ne serait plus un accouchement, mais bien un avortement qui serait provoqué. En disant viabilité assurée, je n'entends point qu'on confonde ces termes avec viabilité légale qui commence à la fin du sixième mois.

Car l'aptitude à vivre de la vie extra-utérine bien qu'aidée puissamment à l'heure actuelle par de nouveaux moyens mis récemment à notre disposition, et en particulier par les couveuses et le gavage, n'est qu'exceptionnelle avant le septième mois révolu. On peut élever des enfants nés à la fin du sixième mois ; M. Tarnier en a donné la preuve ainsi que plusieurs accoucheurs ; moi-même j'ai vu dans mon service quatre enfants nés avant le septième mois vivre et se développer, grâce aux soins dont ils furent entourés, comme des

enfants venus à terme. Mais, je le rèpète, ces cas sont exceptionnels et, en provoquant l'expulsion du produit de conception avant le septième mois, il faut bien qu'on sache qu'on provoquera bien plus souvent un avortement qu'un accouchement. Du reste, je reviendrai sur ce point et nous verrons la preuve de ce que j'avance en constatant les résultats obtenus.

Je veux m'occuper principalement ici de l'indication de beaucoup la plus fréquente et la plus importante, et pour ainsi dire, la mieux établie, je veux dire celle qui est fournie par les rétrécissements du bassin.

Je laisse de côté pour le moment les indications résultant de maladies créées par la grossesse ou aggravées par elle et je ne ferai que vous rappeler en passant l'indication nouvelle que je vous ai signalée il y a quelque temps et qui résulte de la connaissance que vous avons maintenant du mécanisme suivant lequel meurent le plus souvent les fœtus des mères albuminuriques. Je ne veux envisager, aujourd'hui, que l'accouchement provoqué chez les femmes ayant un rétrécissement du bassin.

Vous savez tous que les rétrécissements du bassin peuvent être ou peu accusés ou très considérables avec toutes les nuances qui séparent les rétrécissements extrêmes des rétrécissements peu accentués.

Or une première question se pose : quel est le degré du rétrécissement qui nécessite la provocation de l'accouchement ? La solution de cette question paraît très simple en théorie, nous allons voir au contraire combien elle est difficile en pratique.

Cette question fut étudiée et en grande partie élucidée par P. Dubois dans sa magistrale thèse de concours.

S'appuyant sur la moyenne des dimensions de la tête fœtale à terme, P. Dubois établit que chez toute femme, ayant un diamètre promonto-pubien minimum, ou diamètre utile (il n'employait pas ces termes, mais peu importe) de 9 centimètres au moins, il était inutile de provoquer l'accou-

chement à moins que des accouchements antérieurs ne soient venus démontrer que des fœtus n'avaient pu traverser cette filière pelvienne par suite du développement et de l'ossification trop prononcée de leur tête.

On sait, en effet, que le diamètre bipariétal mesure en moyenne de 9 cent. à 9 cent. 1/2 chez un enfant à terme. Or, comptant sur la réductibilité qui résulte de l'élasticité et de la mobilité des os du crâne, on admet, et avec raison, que le plus souvent un enfant à terme et de volume normal peut traverser sans dommage pour lui, soit spontanément, soit artificiellement, un bassin dont le détroit supérieur rétréci mesure encore au moins 9 centimètres. C'est donc, suivant les auteurs, au-dessous de 9 cent. qu'on doit surtout intervenir et cela est vrai.

Eh bien, voyons maintenant comment classiquement on doit agir en face de bassins ayant moins de 9 centimètres.

Sachant que dans des bassins viciés régulièrement, si je puis m'exprimer ainsi, par le rachitisme, c'est-à-dire étant aplatis d'avant en arrière, le maximum du rétrécissement porte sur les diamètres antéro-postérieurs et en particulier sur le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, admettant d'autre part que c'est le diamètre transverse ou diamètre bipariétal qui se met en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin pour traverser la filière pelvienne, les accoucheurs ont cherché à connaître les dimensions du diamètre bipariétal aux différents âges de la vie intra-utérine.

Or des mensurations nombreuses et suffisamment concordantes ont établi que le diamètre bipariétal mesure en moyenne :

A 8 mois : 8 centimètres.
A 7 mois : 7 centimètres.
A 6 mois : 6 centimètres.

Donc la conclusion était facile à tirer et elle le fut.

On a dit : chez une femme ayant un diamètre promonto-pubien :

de 8 centimètres et demi, il faut provoquer l'accouchement à 8 mois et demi;

de 8 centimètres, à 8 mois;

de 7 centimètres et demi, à 7 mois et demi;

de 7 centimètres, à 7 mois.

Avec ces notions vous vous croyez bien forts et vous partez, non pas en guerre, mais faire de la pratique.

Vous rencontrez chez votre première cliente, qui se dit enceinte de plus de 7 mois, une excavation vide. Vous rappelant ce que nous vous avons enseigné, vous recherchez la cause de cette absence d'accommodation pelvienne.

Vous pratiquez le toucher explorateur et vous rencontrez la face antérieure du sacrum. Le diagnostic est fait, il y a un rétrécissement du bassin.

C'est très bien d'avoir fait ce diagnostic, d'avoir mis cette étiquette : *rétrécissement du bassin*, mais cela ne suffit pas et ne doit pas vous suffire.

Il faut évaluer mathématiquement le degré du rétrécissement; il faut chercher à connaître l'étendue du diamètre promonto-pubien minimum.

Vous savez que ce diamètre n'est pas directement mensurable sur la femme vivante. Vous savez de plus que le temps des pelvimètres internes, externes, mixtes et universels est passé; vous vous rappelez qu'on vous a dit et prouvé que le moins mauvais des instruments à employer est dans la main : indicateur seul ou indicateur et médius réunis. Alors vous allez avec un seul doigt (l'indicateur) si le rétrécissement est considérable, avec deux doigts (l'indicateur et le médius réunis) si le rétrécissement n'est pas très accusé, introduits dans le vagin, à la recherche de l'angle sacro-vertébral. Connaissant et éprouvant les sensations qui vous permettront d'affirmer que l'extrémité de votre index ou de votre médius est bien en rapport avec le promontoire, vous relevez le bord radial de votre index pour le mettre en rapport avec le bord inférieur de la symphyse et, marquant le point de con-

tact exact de ce bord sur votre doigt, vous n'aurez plus qu'à mesurer la distance qui sépare ce point de l'extrémité du doigt qui était en contact avec l'angle sacro-vertébral pour connaître l'étendue du diamètre promonto-sous-pubien. Mais ce n'est point ce diamètre qu'il faut connaître exactement, c'est le diamètre promonto-pubien minimum, c'est le diamètre utile. Et pour obtenir ce dernier, vous êtes obligé de faire une soustraction, car vous n'ignorez pas que le diamètre promonto-sous-pubien est plus grand que le diamètre utile.

Votre embarras commence, car imprégné de vos auteurs vous vous demandez combien il vous faut retrancher du diamètre promonto-sous-pubien pour avoir l'étendue exacte du diamètre promonto-pubien minimum.

Devez-vous retrancher 1 centim., 1 centim. et demi, 2 centim., 2 cent. et demi? ces différentes soustractions ont été conseillées par des accoucheurs de la plus haute autorité.

Et moi, qui me suis particulièrement occupé de cette question, qui ai mesuré tous les bassins viciés contenus dans les collections et musées de Paris, je ne puis vous répondre avec certitude ou plutôt avec précision.

En effet j'ai constaté que la différence entre ces deux diamètres pouvait n'être que de quelques millimètres parfois, tandis que dans d'autres cas elle dépasse 2 centim. J'ai cherché quelles étaient les causes qui font varier le rapport entre ces deux diamètres; j'ai bien trouvé que ces causes résidaient dans la hauteur de la symphyse, dans son épaisseur, dans son inclinaison ; depuis la publication de ma thèse inaugurale, j'ai vu maintes fois que l'inclinaison du plan du détroit supérieur jouait également un grand rôle et que plus l'angle sacro-vertébral était élevé par rapport à la symphyse, plus la différence était grande entre les deux diamètres; mais est-il facile sur la femme vivante de connaître, d'évaluer, d'apprécier toutes ces conditions, toutes ces manières d'être? Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre la difficulté pour ne pas dire l'impossibilité de formuler une mesure exacte.

Et le plus souvent on prend une moyenne et on retranche un centimètre et demi.

Je suppose qu'imbus des données classiques ou généralement établies vous ayez trouvé chez votre cliente un diamètre promonto-sous-pubien de 10 centim., vous allez alors retrancher 1 centim. et demi et vous en concluez que le diamètre promonto-pubien minimum ne mesure que 8 cent. 1/2.

D'où la nécessité de provoquer l'accouchement.

Avec un bassin de 8 centim. et demi, direz-vous, il faut provoquer l'accouchement à 8 mois et demi.

Vous chercherez alors à établir le diagnostic exact de l'âge de la grossesse et vous allez vous heurter à une nouvelle difficulté. En effet, bien que vous soyiez exactement renseigné sur la dernière apparition des règles, pouvez-vous savoir avec précision quand a eu lieu la fécondation? La conception s'est-elle produite aussitôt après les dernières règles ou plus ou moins longtemps après ? Ne voyez-vous pas à chaque instant des femmes qui viennent accoucher ici et qui n'ont pas eu leurs règles depuis près de dix mois ?

Nouvelle incertitude, qui pourra avoir des conséquences graves, et vous vous demanderez avec inquiétude sinon avec angoisse, si vous n'allez pas intervenir ou trop tôt ou trop tard.

Vous voyez, Messieurs, combien la pratique s'éloigne de la théorie, combien la précision presque mathématique est nécessaire, combien elle est difficile sinon impossible à obtenir.

Et encore n'ai-je point parlé des différences considérables qui peuvent exister et qui existent dans le volume et le degré d'ossification de la tête des fœtus à terme. Le volume de la tête ? Nouvelle inconnue.

Vous ne vous étonnerez donc point que nombre d'interruptions de la grossesse aient été produites ou trop tôt ou trop tard.

C'est après avoir eu à lutter avec ces difficultés que j'ai cherché si l'on ne pourrait arriver à quelque chose de plus précis et je crois aujourd'hui, plus fermement que jamais, que

le palper peut nous rendre les plus grands services dans ces circonstances.

Ce n'est plus le palper explorateur qu'il faut pratiquer, mais le palper mensurateur. Vous me voyez tous les jours le mettre en œuvre devant vous, je ne vous le décrirai donc pas avec détails. Je me contenterai de vous rappeler qu'il faut ramener la tête au-dessus de l'aire du détroit supérieur quand elle ne s'y trouve pas spontanément, puis la fixer à ce niveau en la prenant de haut en bas à travers la paroi abdominale, en même temps qu'on la redresse, c'est-à-dire qu'on cherche à la faire se présenter d'aplomb. Il suffit alors de constater si la tête pressée contre le promontoire déborde ou non la symphyse (1).

Par ce moyen vous avez du premier coup et en même temps le rapport qui existe entre la tête du fœtus et les dimensions antéro-postérieures du bassin.

Vous pouvez même, dans quelques cas, lorsque la paroi abdominale n'est ni trop épaisse, ni trop tendue, apprécier la résistance des os du crâne et la réductibilité plus ou moins grande qu'offrira la tête. Ce procédé est simple, beaucoup plus facile pour l'accoucheur que le toucher mensurateur, beaucoup moins pénible pour la femme.

Je n'ai point la prétention d'affirmer que ce procédé de crâniométrie intra-utérine peut permettre d'évaluer exactement en centimètres les dimensions de la tête fœtale, mais j'affirme que c'est un procédé d'examen comparatif excellent et presque toujours suffisant dans la pratique.

Ce serait bien beau de connaître mathématiquement le degré du rétrécissement de chaque bassin, mais ce ne serait pas encore l'idéal. Il resterait à connaître les dimensions de la tête fœtale. Avec le palper mensurateur, l'on ne connaît aucune dimension, l'on ne constate qu'un rapport : celui qui existe entre le volume de la tête et le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et, en somme, c'est là le point capital.

---

(1) Voir mon *Traité du Palper abdominal*, 2e édition, p. 202.

Ou je me trompe fort, ou ce nouveau procédé, déjà conseillé par Muller, est appelé à rendre de très grands services, dans tous les cas où se pose l'indication de l'accouchement provoqué pour un rétrécissement du bassin.

Dans tous les cas, depuis quelques années, tout en faisant appel au diagnostic de l'âge de la grossesse, tout en pratiquant avec grand soin le toucher mensurateur et le toucher explorateur, car le palper mensurateur ne renseigne que sur le détroit supérieur et nullement sur l'état des autres segments du bassin, mes déterminations ont toujours été prises d'après les données qui m'étaient fournies par le palper mensurateur. Nous verrons un peu plus loin les résultats obtenus.

Il est bien entendu que d'autres procédés sont nécessaires quand on se trouve en face de bassins asymétriques ou dont le maximum de rétrécissement n'est plus au niveau du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Dans ces derniers cas, vous le savez, c'est le toucher manuel pratiqué pendant l'anesthésie qui peut seul nous donner des renseignements aussi exacts que possible.

Ceci étant dit, concernant les indications, examinons maintenant les procédés opératoires mis en œuvre pour provoquer l'accouchement.

J'ai dit, Messieurs, *procédés opératoires*, car il est reconnu aujourd'hui qu'une opération est nécessaire pour provoquer scientifiquement l'accouchement.

Je ne passerai donc pas en revue les remèdes généraux qui ont été tour à tour préconisés comme très efficaces. Ils ont surtout cette renommée auprès des gens du monde, mais vous tous médecins ou près de l'être, vous ne devez pas ignorer qu'ils sont toujours inefficaces et souvent dangereux.

Ce sont, en première ligne, la rue, la sabine, le safran, l'armoise, l'absinthe et le seigle ergoté. En les examinant tour à tour nous pourrions dire de chacun qu'il ne peut en aucune façon déterminer l'accouchement. Il en est de même du sulfate de quinine, qui, quoi qu'on en ait dit, ne provoque pas de

contractions utérines efficaces pendant la grossesse. J'insiste sur ce point, car il est important de savoir que chez une femme enceinte atteinte de fièvre intermittente on peut administrer ce médicament puissant sans craindre de déterminer l'accouchement. Les expériences que j'ai entreprises d'abord sous la direction de M. Tarnier, en 1873, à la Maternité ; que j'ai continuées depuis dans mon service, me permettent d'être affirmatif sur ce point. Comme l'a dit avec raison Jacquemier, le cadre qui contient les moyens qui déterminent l'accouchement en impressionnant l'économie tout entière est un cadre vide.

Je passerai sous silence une série d'autres moyens consistant dans le massage, les frictions et même l'électricité, et cela pour les mêmes raisons.

J'arrive alors aux procédés opératoires.

Le plus anciennement connu et employé consiste dans la *ponction des membranes*, soit au niveau du point le plus déclive de l'œuf, soit, comme l'a conseillé Meissner, en un point plus élevé.

Ce procédé primitif n'est plus employé aujourd'hui que dans les cas absolument exceptionnels où l'utérus est surdistendu par une quantité énorme de liquide amniotique. Et encore a-t-on bien plus en vue, en pratiquant cette ponction, la déplétion de l'utérus par suite de l'évacuation du liquide ammiotique que l'expulsion du fœtus.

Le tamponnement du vagin, à l'aide de boulettes de charpie ou de ballons à eau ou à air est un moyen inefficace, douloureux et également abandonné.

L'introduction de l'éponge préparée ou procédé de Kluge a été longtemps le procédé habituel de la plupart des accoucheurs. Il est aujourd'hui justement délaissé pour les raisons suivantes : Difficile à employer chez les primipares, assez souvent inefficace même à faire naître des contractions chez les multipares, ce procédé est souvent dangereux par suite de la difficulté que l'on a à se procurer des éponges préparées absolument antiseptiques.

La *douche utérine*, ou procédé de Kiwisch, appliquée par cet accoucheur en 1846, introduite en France en 1851, vint prendre le pas sur l'éponge préparée.

D'après Kiwisch, il suffirait de pratiquer des irrigations chaudes sur le col pour déterminer l'accouchement. Ce procédé fut accueilli avec faveur pendant un certain temps, les accoucheurs croyant à « la propriété excitante et congestive des irrigations vaginales » (Jacquemier).

Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser de cette propriété irritante et congestive de l'eau chaude.

Vous connaissez les expériences que j'ai faites sur ce point, celles que j'ai fait faire par le Dr Gauvry et qui ont consisté à faire passer des centaines de litres d'eau chaude pendant des jours et des nuits dans le vagin de femmes ayant un bassin vicié et chez lesquelles je voulais provoquer l'accouchement. Nous ne pûmes faire naître en aucun cas une contraction.

Mais je me hâte d'ajouter que nous avions supprimé toute pression ou à peu près dans le liquide. C'était une balnéation du vagin et du col de l'utérus et nullement des douches que nous pratiquions.

Ces faits démontrent donc bien que l'action de l'eau chaude est insuffisante et que c'est à la force du jet et au traumatisme qu'il détermine que doit être attribuée l'efficacité de la méthode de Kiwisch. Mais si, dans ces conditions, elle est efficace elle est par cela même dangereuse.

Les accidents observés par Olshausen, Blot, Taurin, Depaul, Tarnier sont là pour le démontrer. Tout dernièrement encore, le Dr Baudry publiait dans sa thèse inaugurale une observation des plus intéressantes et des plus concluantes à cet égard. Ce procédé doit donc être absolument abandonné car il est ou inefficace ou dangereux.

A l'heure actuelle on provoque l'accouchement en introduisant dans l'utérus soit des instruments simplement excitateurs : sonde de Krause, soit en introduisant des instruments à la fois excitateurs et dilatateurs : ballon de Barnes, ballon de M. Tarnier, ballon de Champetier de Ribes.

Ce sont ces procédés que nous allons étudier et apprécier avec plus de détails.

Le procédé de Krause consiste, comme vous le savez, à introduire dans l'utérus, entre les membranes et la paroi utérine, une simple bougie de gomme ou de caoutchouc, de volume indéterminé, variable suivant les accoucheurs. La longueur de la bougie qu'on doit faire pénétrer dans l'utérus n'est pas non plus déterminée; elle serait de 12 à 14 cent. pour les uns, tandis que d'autres veulent que la sonde tout entière soit introduite.

Comme vous le voyez, ce procédé n'exige qu'un instrument des plus simples et ne comporte que peu ou pas de difficultés opératoires.

Et, cependant, vous ne me le voyez pas employer et voici pourquoi. D'abord, il arrive, malgré toutes les précautions prises, toute la lenteur et la délicatesse de l'introduction, de rompre les membranes, et comme rien ne s'oppose à l'écoulement du liquide amniotique, ce dernier peut s'écouler presque complètement, d'où il peut résulter un état de souffrance pour le fœtus.

De plus, en introduisant toute une bougie on peut rencontrer le placenta, le décoller, d'où une hémorrhagie, comme j'ai eu l'occasion d'en observer un cas. Mais ce ne sont pas là mes principaux griefs.

Je reproche à la sonde de n'être qu'un excitateur quelquefois lent et quelquefois impuissant. La sonde séjourne alors un temps indéfini ou plutôt infini sans provoquer de contractions.

Elle s'incruste dans la muqueuse utérine en formant une espèce de rigole et quelquefois cause de l'endométrite, aussi quelques accoucheurs ont-ils accusé le procédé de Krause de ne déterminer l'accouchement qu'en produisant de l'infection. Si, avec les précautions antiseptiques rigoureuses on peut se mettre à l'abri de ce danger, il n'en reste pas moins avéré que, dans un certain nombre de cas, le travail peut durer des jours, témoin le cas si intéressant publié par le professeur Pajot dans les *Annales de gynécologie* (juillet 1890).

Le procédé de M. Tarnier consiste à introduire un ballon vide au-dessus de l'orifice interne. Ce ballon gonflé agit d'abord comme excitateur, puis bientôt comme dilatateur, et son action dilatatrice dure autant que la production d'une dilatation suffisante pour le laisser passer. Je ne vous décrit pas en détail ce procédé puisque vous me le voyez employer constamment. Je me suis servi exclusivement de ce procédé jusqu'au moment où M. Champetier de Ribes me présenta son ballon.

On a reproché au procédé de M. Tarnier, sa complication instrumentale, ceci n'est pas un reproche sérieux, car vous savez combien l'instrumentation est simple puisqu'elle ne consiste que dans une tige-mandrin et une sonde. On a dit qu'il était difficile de faire pénétrer l'instrument dans le col des primipares. Vous m'avez vu assez de fois l'introduire chez ces dernières pour faire justice de cette accusation. On a dit encore que quelquefois le ballon éclatait soit pendant qu'on le remplit, soit dès le début des premières contractions. Cela est vrai, mais, cela était surtout vrai autrefois. Depuis quelques années, sur l'observation qui leur en a été faite, les fabricants se sont décidés à employer du caoutchouc de meilleure qualité et cet incident n'arrive plus que rarement.

Le reproche le plus sérieux qu'on puisse lui adresser, c'est que, quelquefois, lorsque le ballon a été expulsé dans le vagin, le travail commencé s'arrête et l'on assiste alors à une véritable rétrocession du travail.

On est obligé alors de procéder à de nouvelles introductions qui ne suffisent pas toujours à produire un travail définitif.

Il y avait donc là une lacune que j'étais le premier à reconnaître et que M. Champetier de Ribes a fait disparaître.

Je dis M. Champetier de Ribes et non Barnes, car le ballon dilatateur de Barnes perd sa forme de violon lorsqu'il est complètement distendu et tombe dans le vagin comme le ballon de M. Tarnier. Il m'est arrivé plusieurs fois d'em-

ployer le plus grand modèle de Barnes et d'une façon infructueuse.

En 1888 (1) M. Champetier de Ribes en faisant connaître son ballon, en en décrivant avec soin le manuel opératoire, disait ou à peu près : « J'ai longtemps cherché le moyen de provoquer sûrement et rapidement le travail et en même temps de dilater tout le canal génital de façon à supprimer les obstacles provenant des parties molles au moment de l'accouchement, soit qu'on abandonne celui-ci à la nature, soit qu'on le termine à l'aide d'opération, ce moyen je crois l'avoir trouvé ».

Je puis dire aujourd'hui qu'il ne s'était pas trompé, et chaque introduction de son ballon me démontre qu'il a atteint le but qu'il recherchait.

Son ballon, vous le connaissez, le manuel opératoire nécessaire pour l'introduire vous est également familier.

Voici depuis trois ans quelle est ma manière de procéder lorsque je veux provoquer l'accouchement. Chez les primipares, j'introduis d'abord le ballon de M. Tarnier, puis lorsque ce ballon a été expulsé, j'introduis le ballon de M. Champetier de Ribes.

Chez les multipares, le plus souvent le canal cervical et l'orifice interne sont assez perméables pour que je puisse d'emblée, sans efforts et sans causer de douleurs, introduire le ballon Champetier de Ribes.

Bien des objections ont été adressées à ce ballon. Avant de passer la parole à ses détracteurs ou à ses admirateurs, donnons la parole aux faits.

Laissant de côté tous les accouchements que j'ai provoqués avant d'être chef de service ou dans ma clientèle privée, ne prenant que les accouchements provoqués pour rétrécissement du bassin, dans mon service, soit à la Maternité de Lariboisière, soit à la clinique Baudelocque, je compte cent cas. Examinons les procédés employés et les résultats obtenus dans ces cent cas. (*A suivre.*)

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, décembre 1888.

TRAITEMENT NOUVEAU DE LA FISTULE RECTO-VAGINALE

Par M. G. **Félizet**, chirurgien de l'hôpital Tenon.

La fistule recto-vaginale consiste en une communication du rectum avec le vagin, au moyen d'un trajet plus ou moins long, plus ou moins direct dont le diamètre ne dépasse pas l'épaisseur d'une sonde de femme.

Cette définition nécessaire nous permet d'exclure les ouvertures larges, admettant un doigt ou deux et qui représentent non pas des fistules, mais de véritables brèches, restes permanents d'une destruction étendue de la cloison recto-vaginale.

Les fistules recto-vaginales ont donné lieu à divers traitements chirurgicaux dont le nombre et la gravité témoignent, dans l'histoire de l'art, du caractère rebelle de cette infirmité.

Nélaton, Denonvilliers et Dolbeau déclaraient que la cure des communications du rectum et du vagin est plus difficile que celle d'un grand nombre de fistules vésico-vaginales et nous avons vu M. Richet, découragé par d'infructueuses tentatives, se décider à diviser verticalement la cloison dans toute sa hauteur, sous cette impression que la périnéorrhaphie est plus aisée et plus sûre que l'occlusion d'une fistule rectale.

Cette ténacité des fistules recto-vaginales tient, en effet, moins au passage continu des matières solides ou liquides, passage dont l'usage des astringents et la répétition des soins de propreté atténuent les conséquences, qu'à l'issue involontaire des gaz.

Or, ce sont précisément ces gaz qui, après la suture, s'insinuent entre les surfaces avivées et font échec à la réunion des surfaces les plus nettement affrontées.

C'est dans ces conditions que M. Trélat n'a pas hésité à

instituer une opération complexe : avivement large et éloigné avec double plan de sutures.

Jusqu'ici c'est l'opération de Trélat, extension et perfectionnement de la méthode américaine des surfaces, qui semble offrir les meilleures garanties de guérison.

C'est seulement dans les cas récents et avec des trajets non encore organisés que la cautérisation serait susceptible de produire un effet utile.

La même objection s'adresse à la *réunion immédiate secondaire* de Lallemand et de Verneuil.

Le cas dont nous avons soumis l'observation à la Société de chirurgie nous a permis d'obtenir, par une opération aussi simple que possible, un résultat tout à fait décisif.

Nous aurions désiré présenter une série de faits semblables, mais nous avons vainement cherché depuis cinq ans des fistules recto-vaginales.

Tout isolé qu'il est, notre fait a sa valeur. Il nous montre la *guérison d'emblée* d'une *fistule recto-vaginale ancienne*, guérison obtenue *sans avivement*, *sans suture* au moyen d'une opération d'une facilité extrême et d'une durée de quelques minutes.

Mme C..., âgée de 35 ans, demeurant à Fontenay-sous-Bois, vient nous consulter le 14 octobre 1885 pour une infirmité qui date de deux ans.

En 1883, accouchement, presque à terme, d'un enfant mort. La tête reste plusieurs heures au passage. Extraction difficile. Apparition le soir même d'accidents fébriles graves.

Le 8e jour, issue abondante de matières fécales par le vagin.

Les renseignements sont assez incomplets, mais nous sommes autorisés à attribuer la communication à la chute d'une eschare de la cloison, plutôt qu'à un abcès qui se serait ouvert dans l'intestin et dans le vagin à la fois.

Ce que nous savons, c'est que l'issue des matières, abondante pendant les premières semaines, s'était ultérieurement restreinte et se montrait surtout en cas de diarrhée.

Le passage involontaire des gaz n'avait jamais cessé d'avoir lieu par le vagin.

Des attouchements avec la teinture d'iode, des cautérisations avec le nitrate d'argent et avec le thermocautère avaient été répétées sans succès.

La malade amaigrie, découragée par l'odeur fétide qu'elle doit à l'issue involontaire des gaz se présente à nous dans l'état suivant :

Le vagin est rouge, tuméfié. La fourchette est superficiellement ulcérée à la suite du contact des matières. A deux centimètres 1/2 au-dessus de la fourchette, à gauche de la ligne médiane, on voit un petit bourrelet rouge, en cul-de-poule, entouré d'une masse calleuse circulaire. La sonde cannelée passe très facilement du vagin dans le rectum, en suivant un trajet oblique ascendant, dont l'aboutissement est à 4 ou 5 centimètres de l'orifice anal, sur la ligne médiane.

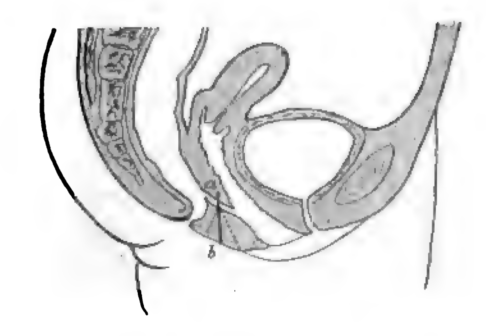


FIG. 1. — *ab*, incision transversale du périnée, vue en coupe.

En combinant le toucher rectal et le toucher vaginal, on s'assure que la paroi recto-vaginale est d'une épaisseur normale, plu tôt un peu épaissie.

Nous convenons que, pendant deux semaines, la malade sera préparée par des bains généraux, des injections émollientes et antiseptiques et un traitement tonique destiné à régler l'intestin.

Aussitôt après les règles, purgation et le lendemain, 31 octobre, l'opération est pratiquée à Fontenay avec l'assistance du Dr Cartaz et du Dr Delthil, médecin de Mme C.

La malade endormie est placée à l'extrémité d'une table dans la position de la taille périnéale. L'index de la main gauche étant introduit dans le rectum, pendant que le pouce presse en avant sur la marge de l'anus, afin de tendre le périnée, je fais en avant

de l'extrémité de ce pouce une incision demi-circulaire de 6 cent. de longueur : l'incision de la taille périnéale de Nélaton.

Le bistouri, guidé par le doigt resté dans le rectum, dédouble à petits coups la paroi recto-vaginale et marche à la rencontre d'une grosse sonde cannelée, que l'un des aides maintient dans le trajet fistuleux pour marquer le terme du premier temps de l'opération. La sonde cannelée étant retirée, le dédoublement de la cloison est poursuivi avec ménagement, au delà de la fistule, de façon à dépasser de quelques millimètres les callosités du trajet. (Voyez fig. 1 l'incision *a b*.)

Le doigt, introduit alors dans cet intervalle, élargit la brèche, la masse, l'assouplit et refoule en avant le feuillet antérieur du dédoublement. (Voyez fig. 1, les deux lignes pointillées.)

Le périnée est donc dédoublé, la fistule est coupée par son travers et l'effet de ce premier temps est, on le voit, la transformation d'une fistule recto-vaginale en deux fistules, à savoir : une fistule vagino-périnéale et une fistule recto-périnéale.

Le second temps est simple : la sonde cannelée est engagée dans la fistule recto-périnéale présentant sur sa rainure le pont de tissu *c*, qu'on divise comme dans la plus ordinaire des fistules anales.

Quant à la fistule vaginale, elle est loin du rectum, elle est en l'air. Dorénavant le vagin communiquera non plus avec le rectum,

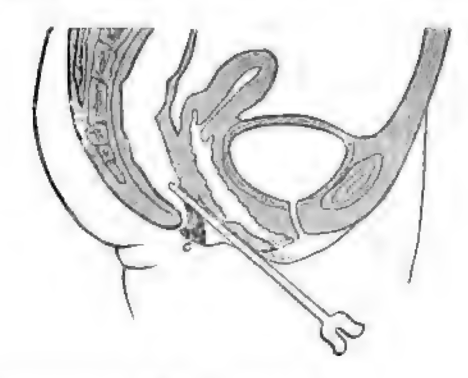


Fig. 2. — Deuxième temps, division sur la sonde cannelée du pont de tissu *c*, teinte en noir.

mais avec une tranchée indépendante, pansée antiseptiquement et qui se comblera plus tard après avoir dérivé et reçu les gaz et les

matières dont le passage entretenait la communication recto-vaginale.

L'opération avait duré 8 ou 10 minutes.

Les suites en furent des plus simples. Injections vaginales biquotidiennes avec la liqueur de Van Swieten. Pansement de la plaie ano-périnéale avec l'iodoforme et la vaseline boriquée.

Le 9 novembre, je revois la malade. L'orifice vaginal de la fistule est imperceptible : cependant un stylet fin s'y engage; le pourtour calleux est notablement assoupli.

Légère cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 15, 16 jours après l'opération, la fistule vaginale est entièrement guérie.

La tranchée périnéale est garnie de bourgeons charnus, un peu pâles, mais suffisants : teinture d'iode, nitrate d'argent.

Le 30, 31 jours après l'opération, guérison de la fistule anale.

Huit mois après, le Dr Delthil me donnait des nouvelles de la malade : la guérison s'était maintenue et l'état général était devenu très satisfaisant.

En résumé, l'opération que je viens de décrire, consiste à transformer une fistule recto-vaginale en une fistule anale simple, justiciable de l'opération ordinaire et en une fistule vagino-périnéale, mise à l'abri de l'action des gaz et des matières, et guérissant par le fait seul de la suppression des causes qui l'entretenaient.

Cette méthode de dédoublement que nous avons appliquée au traitement d'une fistule, nous nous croirions autorisé, le cas échéant, à l'appliquer à la cure d'une communication recto-vaginale plus large, et voici comment nous nous proposerions d'agir.

Après avoir dédoublé la paroi recto-vaginale et dépassé autant que possible les limites de la fenêtre, nous ferions, comme dans le cas de fistule, la section du pont périnéal.

Quant à l'ouverture vaginale, nous lui appliquerions la suture et cette suture présenterait des chances de succès, en raison même de ce fait que les surfaces accolées seraient mises à l'abri du contact nuisible des gaz et des matières, lesquels trouveraient une large voie de décharge dans la

tranchée créée par le dédoublement de la cloison et la section du sphincter anal.

DE L'ACTION DES ANTISEPTIQUES SUR LE PÉRITOINE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine,
F. de Grand'Maison, interne des hôpitaux, préparateur adjoint au laboratoire d'histologie de la Faculté,
Marcel Brenet, externe des hôpitaux.

Ce mémoire fait suite à des recherches déjà publiées par l'un de nous sur le lavage et le drainage du péritoine. L'ensemble de ces travaux a pour but l'étude de ce qu'on pourrait appeler la *physiologie chirurgicale* du péritoine.

Toutes les expériences, dont nous donnerons la description et les résultats, ont été pratiquées dans le laboratoire de M. Dastre, professeur de physiologie à la Sorbonne. Nous tenons à lui exprimer notre profonde gratitude, car c'est grâce à son extrême bienveillance, que nous avons pu mener à son terme ce travail difficile, qui a nécessité dix mois de recherches expérimentales. Les préparations et les études microscopiques ont été faites au laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine. M. le professeur Mathias Duval a bien voulu nous aider de ses conseils, et nous donner de précieux renseignements sur l'interprétation délicate des lésions histologiques que nous avons observées. Nous le prions de croire à notre très vive reconnaissance.

I

Introduction. — Depuis quelque temps, il est peu de réunions savantes où l'on n'ait discuté la question de l'antisepsie et de l'asepsie. A bien prendre les choses, l'asepsie est cet état supérieur de pureté auquel tend toute la méthode antiseptique avec ses innombrables formules. L'asepsie est

le but, l'antiseptie est le moyen de l'atteindre et il peut paraître étrange qu'on oppose le but au moyen. Mais si les mots ne sont pas très heureux, s'ils choquent la logique, il ne faudrait pas croire cependant qu'il n'y a là qu'une querelle de mots. Ce n'est pas le procès de l'antisepsie qu'on a voulu faire ; puisque les partisans les plus déterminés de l'asepsie emploient pour la plupart la stérilisation par la chaleur, qui est un procédé antiseptique au premier chef. C'est seulement les antiseptiques chimiques qu'on a visés, et surtout les solutions antiseptiques.

Il n'est pas aisé de déterminer les causes ou les origines de ce mouvement qui s'accentue chaque jour davantage. Ce sont les gynécologues, qui paraissent avoir les premiers manifesté la tendance à abandonner l'usage des antiseptiques. Certains d'entre eux et des plus célèbres, Lawson Tait, Bantock, etc, placés dans des conditions matérielles spéciales ne s'en sont jamais servis. Leurs remarquables succès ne pouvaient manquer de tenter leurs collègues en laparotomie, et de susciter des imitateurs. Quoi qu'il en soit, il a été très frappant de voir de chaleureux partisans de l'antisepsie, Veit (1), Saenger (2), renoncer à l'usage des antiseptiques, qu'ils avaient jusque-là employés avec succès. En France, la même tendance existe. Depuis longtemps déjà M. Pozzi est partisan décidé de la suppression des antiseptiques dès que l'abdomen est ouvert. La formule « antisepsie avant, asepsie pendant la laparotomie » a des adeptes de plus en plus nombreux ; et si beaucoup de chirurgiens ou gynécologues se bornent à en être partisans platoniques, c'est parce que les conditions matérielles de leur installation sont trop défectueuses pour leur permettre de l'appliquer.

Pour ce qui est des laparotomies, il est aujourd'hui singulièrement difficile de juger de la suppression des solutions

---

(1) Veit. Verh. der Gesellsch. f. Geburtsh. und. Gyn. zu Berlin. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 21.

(2) Saenger. Verh. der Gesellsch. f. Geb. zu Leipsig. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n°s 25 et 32.

antiseptiques par ses résultats. Les chiffres ne sont pas assez considérables, et d'autre part les résultats qu'on obtenait avec les antiseptiques étaient déjà si beaux qu'on ne peut pas espérer les améliorer beaucoup. La mortalité des laparotomies simples était tombée à deux ou trois pour cent. Elle ne peut évidemment diminuer dans de grandes proportions.

Les recherches récentes sur le mécanisme de la résistance de l'organisme à l'infection, ont fait voir que les éléments cellulaires jouent dans la lutte contre les microbes un rôle considérable. Le mode d'action de ces éléments n'est pas encore parfaitement déterminé, mais leur action même est hors de doute. Cette notion de la puissance destructive des éléments cellulaires permet de comprendre comment les antiseptiques peuvent être nuisibles. Les substances antiseptiques ne sont, en somme, que des poisons des micro-organismes. Elles sont toutes toxiques, à des degrés variables pour les organismes plus élevés. Il paraît même exister un certain rapport, impossible à préciser pour le moment, mais véritable, entre la toxicité de ces substances et leur puissance antiseptique.

Les substances antiseptiques étant des poisons pour les microbes, qui ne sont en somme que des organismes unicellulaires, il est légitime de supposer qu'elles sont aussi des poisons pour l'homme, les cellules des organismes plus complexes. S'il en est ainsi, on peut concevoir que les antiseptiques les altérant et détruisant un certain nombre de cellules, diminueront la résistance des tissus, et que si, par hasard, elles laissent survivre quelques microbes, elles pourront favoriser l'infection au lieu d'y mettre obstacle. Naturellement il y a là une question de degré dans la destruction des microbes et dans celle des cellules, qui peuvent modifier le résultat dans un sens ou dans l'autre ; et nous sommes bien

Knowsley Thornton, qui se sert des antiseptiques est arrivé dans une récente série à une mortalité de 1,88 0/0. Séance d'ouverture de la Société de médecine de Londres, 20 octobre 1890.

loin de vouloir dire d'une manière générale que les antiseptiques favorisent l'infection.

Quand il s'agit de plaies ordinaires, l'altération ou la destruction d'une mince couche de cellules n'a d'autre inconvénient que de favoriser une position, un terrain de culture, aux micro-organismes. C'est déjà un inconvénient notable, qui prend de l'importance lorsqu'on se sert d'antiseptiques dits irritants, puisqu'il peut alors devenir nécessaire de faire le drainage pour faciliter l'évacuation des éléments détruits et de l'exsudation qui entraîne leur destruction, mais enfin, derrière les cellules altérées ou détruites, il en reste d'autres, en grand nombre, qui ont la même structure, les mêmes propriétés, et qui peuvent lutter contre l'infection. On peut concevoir que la destruction des microbes compense et au delà la destruction des cellules, et que, par suite, les antiseptiques aient des avantages, lorsque l'asepsie est difficile ou impossible à réaliser. Et cela d'autant plus que les cellules de ces plaies ne paraissent pas avoir une puissance anti-microbienne très considérable.

Pour le péritoine, il n'en va pas de même, d'une part, les cellules endothéliales, qui le recouvrent sont évidemment douées de propriétés très spéciales, ce qui le prouve surabondamment c'est l'incroyable résistance à l'infection du péritoine sain. Les anciennes idées sur la vulnérabilité des séreuses doivent être complètement abandonnées. De tous les tissus, ce sont peut-être ceux qui résistent le plus aux micro-organismes, lorsqu'ils ne sont pas altérés. Les expériences de Paulowsky, de Grawitz, de Laruelle, celles que nous rapporterons dans une autre partie de ce mémoire, mettent clairement ce fait en lumière. Les cellules endothéliales du péritoine jouent un véritable rôle de protection. Est-ce par le mécanisme de la phagocytose ? Cela ne paraît pas probable, puisque Laruelle (1) dans ses très belles recherches sur les péritonites par perforation, n'a jamais

(1) LARUELLE. *La cellule*, t. V, 1er fasc., 1889, p. 61.

trouvé un seul microbe dans l'intérieur d'une cellule. Est-ce par la sécrétion d'un poison toxique pour les micro-organismes? Cela est plus probable. Quoi qu'il en soit du mode d'action, l'action elle-même est incontestable.

D'autre part, les cellules endothéliales du péritoine sont disposées sur une seule couche. Les cellules détruites, il ne reste à leur place, rien qui leur ressemble. Sans doute il est probable que les cellules du tissu conjonctif peuvent remplacer et reproduire les cellules de l'endothélium péritonéal; mais pour le faire, il leur faut se modifier et acquérir certaines propriétés qu'elles n'ont pas encore au moment où l'endothélium est brusquement détruit. Aussi, par suite de cette destruction, les conditions de résistance du péritoine sont complètement transformées. Au lieu d'une membrane spéciale, douée d'une puissance anti-microbienne énergique, il ne reste plus que du tissu conjonctif vulgaire, n'ayant pour arme que la diapédèse, c'est-à-dire livré presque sans défense à tous les hasards de l'infection.

L'altération ou la destruction des cellules endothéliales du péritoine a donc des conséquences graves, et si les antiseptiques altéraient ou détruisaient ces cellules, leur emploi pourrait être néfaste. Telle est l'idée qui nous a conduit à étudier l'action des antiseptiques sur l'endothélium péritonéal.

II

Technique. — Avant d'entrer dans le détail histologique des lésions, nous allons indiquer une fois pour toutes quel a été notre procédé de recherches. Toutes les expériences qui ont eu pour but de déterminer l'action des antiseptiques ont été faites sur des chiens. Voici comment nous avons procédé : l'animal étant endormi, l'abdomen est soigneusement rasé, brossé, savonné et abondamment lavé avec la liqueur de Van Swieten. Tout le champ opératoire est circonscrit par des compresses bouillies dans du sublimé et fixées par des pinces à forcipressure. L'abdomen est

ouvert, et nous attirons doucement une anse au dehors, pour prendre sur chaque animal un morceau de mésentère sain, destiné à servir de point de comparaison. Ce morceau de mésentère est naturellement détaché entre deux vaisseaux pour éviter toute hémorrhagie. L'anse est réduite, et on procède immédiatement au lavage. Nous avons essayé au début d'immerger tout simplement une anse intestinale sortie de l'abdomen dans un vase contenant le liquide à essayer. Mais il se produisait toujours des tiraillements, des frottements de l'anse contre les parois du vase ou contre les compresses ; il nous a paru que cette manière de procéder ne présentait pas toute la précision qu'on est en droit d'exiger de recherches expérimentales. Aussi nous l'avons abandonné pour faire uniquement des lavages de tout le péritoine. L'extrémité d'un entonnoir en verre était placée dans l'incision abdominale et nous versions dans l'abdomen le liquide porté préalablement à une température déterminée. Au bout de cinq minutes, nous prenions un nouveau morceau de mésentère, puis après avoir laissé s'écouler le trop plein, on fait un second lavage pour enlever les substances toxiques. Nous faisions la suture de la paroi à deux étages. Au bout de 2 jours, 4 jours, 10 jours ou davantage suivant les cas, l'animal était mis à mort par section du bulbe et pendant que le cœur battait encore, nous prenions rapidement un ou plusieurs morceaux de mésentère.

Nous ne croyons pas que des recherches de cet ordre aient été faites jusqu'ici. Thadeus von Dembowski (1) dans un intéressant mémoire sur les causes des adhérences péritonéales après la laparotomie, raconte qu'il les a tentées. Mais tous les animaux sont morts d'intoxication rapide. Ce n'est qu'en employant le procédé de lavage (2) décrit par l'un de nous que nous avons pu les réussir.

---

(1) Thadeus von Dembowski *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. XXXVII, 4e f., p. 745.

(2) Delbet. *Acad. de méd.*, 19 juin 1889, et *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1889,

Il nous reste à indiquer quelle technique histologique nous avons suivie. Pour recueillir les fragments de mésentère, nous glissions sous lui, entre deux vaisseaux, une lamelle que nous faisions adhérer sans interposition d'air. Puis renversant la lamelle, alternativement dans tous les sens, de manière à tendre le mésentère, nous coupions celui-ci avec de fins ciseaux à deux millimètres environ en dehors des bords de la lamelle de telle sorte que la partie périphérique du fragment détaché se recroquevillait par une élasticité du côté libre de cette lamelle. Ce procédé, employé par Toupet (3), offre de grands avantages. Il permet d'avoir des préparations à peu près également tendues; en outre, il évite toutes les manipulations qui pourraient altérer l'endothélium. En effet le morceau, grâce au recroquevillement de ses bords, est définitivement fixé par la lamelle, et la préparation est montée dans le baume sans qu'il bouge.

Les pièces recueillies ainsi sur l'animal encore vivant,et tendues par l'artifice que nous venons d'indiquer, étaient rapidement trempées dans l'eau distillée, et immédiatement plongées dans une solution aqueuse de nitrate d'argent à 1/200. Dès que la préparation prenait une teinte louche, ce qui se produit au bout d'une à deux minutes environ, elle était retirée du bain d'argent et plongée de nouveau pendant quelques secondes dans l'eau distillée. Enfin, après déshydratation par l'alcool absolu et l'éclaircissement à l'essence de girofle, elle était montée dans le baume au xylol.

Pour colorer les noyaux, nous avons suivi deux techniques différentes. Dans une première série de préparations nous avons recueilli les pièces dans l'alcool absolu ou le liquide azotique de Klesnenberg, et nous avons coloré suivant les cas par la safranine, la carmin de Grenacher, l'hématoxyline. Ces préparations déshydratées et montées dans le baume au xylol, les noyaux étaient très nets. Ces noyaux ne présentaient pas d'altération, et comme les contours cellulaires n'avaient

(3) Toupet. Th. de Paris, 1887

pas été fixés par les imprégnations du nitrate d'argent, il était impossible d'étudier les noyaux dans leurs rapports avec les cellules. C'est alors que, sur les conseils de M. le professeur Mathias Duval, nous avons cherché à colorer simultanément les contours cellulaires par l'argent, et les noyaux par la safranine. Nos tentatives n'ont pas été couronnées de succès. Nous n'avons jamais réussi à bien colorer simultanément les noyaux et les contours cellulaires. Il semble que les imprégnations argentiques lorsqu'elles sont bien réussies, mettent obstacle à la coloration des noyaux.

Comme dans les préparations où les noyaux seuls avaient été colorés, nous n'avions pas trouvé d'altérations, nous nous sommes surtout attachés à étudier le résultat des imprégnations d'argent. Ce sont ces résultats que nous décrirons.

III

NATURE DES ALTÉRATIONS PRODUITES PAR LES ANTISEPTIQUES SUR LES CELLULES ENDOTHÉLIALES DU PÉRITOINE. — Les divers liquides antiseptiques produisent sur les cellules endothéliales du péritoine des altérations, non pas du même degré, mais du même ordre. Aussi allons-nous décrire d'abord les altérations avec leurs différentes phases avant d'entrer dans le détail des modifications produites par chacun des antiseptiques. Lorsque nous étudierons l'action spéciale de chaque substance en particulier, il suffira de renvoyer à la description générale. Ce plan permettra d'offrir une vue d'ensemble d'une altération particulière des cellules ; il permettra en outre, d'éviter bien des répétitions fastidieuses, et de comparer plus fructueusement l'action de chaque anti septique.

1er stade. *Rétraction angulaire.* — Voici d'abord une première figure, représentant les cellules endothéliales du péritoine normal d'un chien. Les contours cellulaires sont délimités par le nitrate d'argent. Cette figure servira de point de comparaison pour les autres. Nous y avons fait représen-

ter deux cellules qui sont devenues granuleuses et qui ont pris une couleur gris foncé sous l'influence de l'imprégnation au nitrate d'argent. Il est rare en réalité qu'on rencontre sur le péritoine normal deux cellules ayant cet aspect sur un espace aussi restreint. Mais sur les préparations un peu éten-

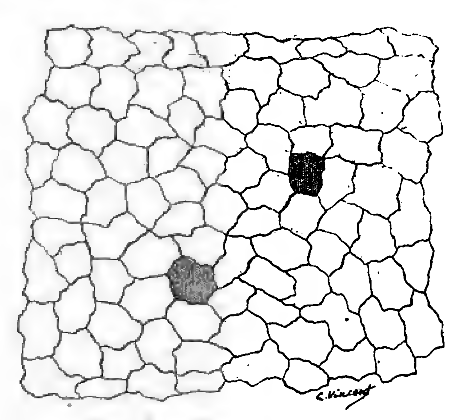


Fig. I. — *Péritoine normal.*

dues, on en trouve toujours quelques-unes, au moins lorsqu'il s'agit du péritoine du chien. Nous dirons plus loin pourquoi nous avons tenu à les faire représenter.

La première modification qui se produise sous l'influence des liquides antiseptiques paraît être une sorte de rétraction de la cellule. Cette rétraction s'accuse particulièrement aux angles et surtout aux angles les plus aigus. Ces angles cellulaires paraissent se rapprocher du centre, ils s'écartent des cellules voisines en entraînant le ciment intercellulaire. Cette *rétraction angulaire* se manifeste sur les pièces imprégnées d'argent par des points noirs qui occupent les angles des cellules. Ces points noirs existent parfois dans les préparations de péritoine normal. Mais on en rencontre tout au plus deux ou trois sur une préparation ; jamais on n'en voit un aussi grand nombre que sur les péritoines qui ont subi l'action des antiseptiques. Là ils sont si nombreux que les préparations présentent une sorte d'aspect stellaire ; les

points noirs formant le centre et les contours cellulaires les rayons de l'étoile. C'est cet état qui est représenté par la figure II.

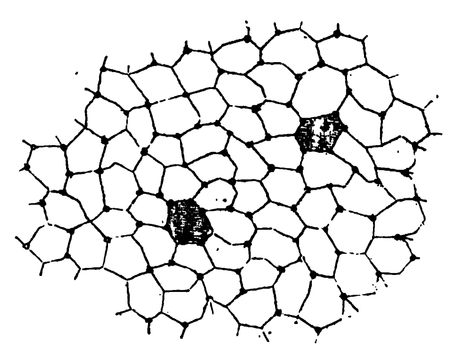


Fig. II. — 1er stade. *Rétraction angulaire. Aspect stellaire.*

Lorsqu'on regarde les points noirs angulaires avec un fort grossissement, on voit que leur contour est un peu plus foncé que leur centre. On dirait que le ciment intercellulaire, qui fixe l'argent, tiraillé par suite de la rétraction cellulaire, a été entraîné par les bords des cellules voisines, et qu'il en reste plus au contact des cellules, que dans l'espace vide laissé par leur écartement.

2e stade. *Rétraction angulo-marginale.* — La rétraction cellulaire plus accentuée ne se borne pas aux angles, elle porte également sur les bords de la cellule ; elle est devenue angulo-marginale. Elle se manifeste d'abord sur les pièces qui ont subi l'imprégnation argentique par une série de points noirs, disposés sur les bords de la cellule comme les grains d'un chapelet. On se rend très nettement compte de cet état sur la figure III.

Il semble que la rétraction ne porte pas également sur toute l'étendue du bord de la cellule ; élle est plus accentuée en certains points. En ces points les bords des deux cellules voisines s'écartent davantage, ils entraînent le ciment intercellulaire, et les points noirs se forment sous l'influence de l'imprégnation au nitrate d'argent, par le même mécanisme

que les points angulaires. A mesure que l'altération progresse, les points noirs se multiplient, se rapprochent, deviennent

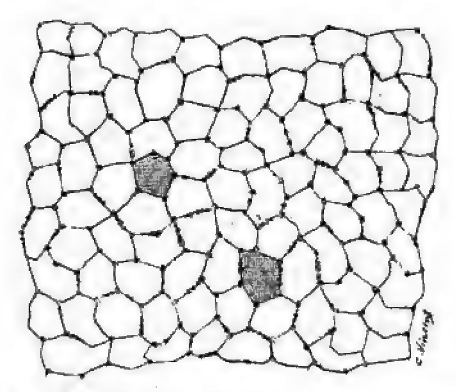


FIG. III. — 2e stade. *Rétraction angulo-marginale.*

tangents les uns aux autres, et finalement se confondent en partie. Alors on trouve tout le contour cellulaire épaissi. Au lieu d'être marqué par une mince ligne finement ondulée,

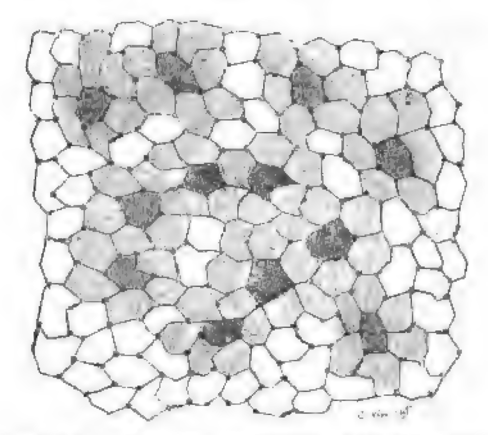


FIG. IV. — 3e stade. *Fragmentation de la cellule.*

comme dans la figure I, il s'accuse par un fort trait noir, comme dans la fig. IV et V. La formation des points noirs marginaux ne s'observe pas d'une manière constante. Avec

les solutions fortement altérantes on trouve déjà au bout de cinq minutes d'action les contours cellulaires marqués par de forts traits noirs (fig. V).

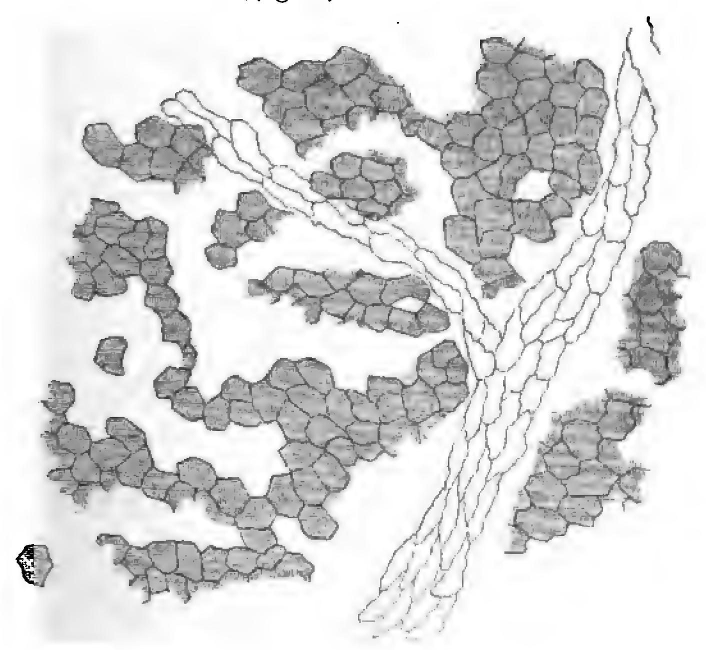


FIG. V. — 4e stade. *Desquamation partielle.*

3e stade. *Fragmentation de la cellule.* — Les cellules après s'être rétractées deviennent granuleuses. Il semble que le protoplasma soit divisé en petits fragments qui fixent l'argent. Sous l'influence de ce réactif, les cellules prennent une coloration grise plus ou moins foncée. Au début de ce stade, la coloration grise ne se montre qu'au niveau des angles et aux bords; puis, elle envahit la cellule tout entière. Parfois, on distingue le noyau, qui tranche en clair sur les parties voisines plus sombres. L'aspect des cellules varie : les unes sont d'un gris très clair, transparent, comparable à certaines vitres dépolies; d'autres sont beaucoup plus foncées, presque noires.

Souvent on trouve, comme dans la fig. IV, des groupes formés de vingt ou trente cellules devenues toutes granuleuses. Celles de la périphérie sont plus claires ; celles du centre plus foncées. Autour de ces groupes très altérés on trouve des zones qui ne présentent que des altérations du premier ou du second degré.

4e stade. *Desquamation.* — Les cellules dont le protoplasma est fragmenté peuvent être considérées comme détruites : elles n'ont plus qu'à se détacher et à tomber ; c'est ce qui caractérise le 4e stade, ou stade de desquamation. La manière dont les cellules se détachent est très frappante. Au lieu de tomber d'une seule pièce, comme une tuile qui se détache d'un toit, certaines cellules se fendillent et se détachent par lambeau, comme des pierres qui s'effritent. On trouve des cellules, qui ont perdu les deux tiers ou les

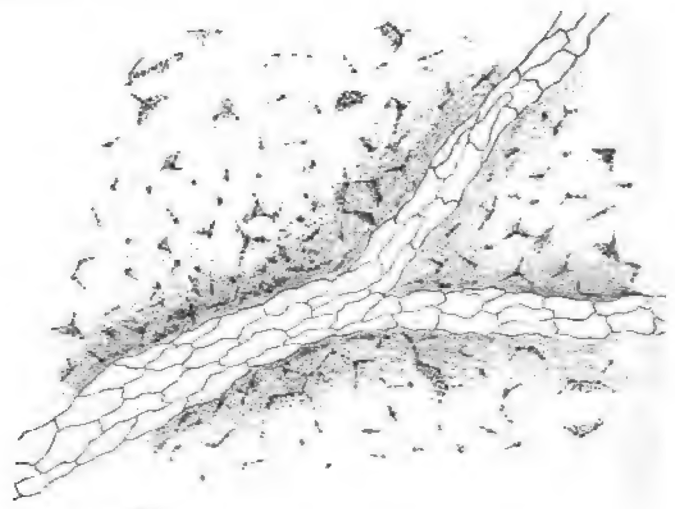


Fig. VI. — 4e stade. *Desquamation totale.*

trois quarts de leur masse, et dont un petit fragment est resté adhérent aux cellules voisines. Cet état est très fidèlement représenté sur la figure V. On y voit des cellules restées en place d'un gris très foncé qui forment des travées irré-

gulières. Entre ces cellules de larges places blanches, où le revêtement endothélial a disparu. Sur les bords de ces places blanches, où la trame du péritoine persiste seule, on voit des fragments de cellules qui sont restés adhérents aux cellules voisines. Au milieu de la préparation passe et se bifurque un vaisseau dont les cellules sont tout à fait normales.

Enfin dans le dernier degré de ce quatrième stade, le revêtement endothélial est complètement détruit. Il ne reste plus une seule cellule en place : on ne trouve que des débris informes, noircis par l'argent. Par places les débris rappellent vaguement la forme des cellules détruites, comme s'il était resté un peu de ciment intercellulaire sur la membrane anhiste. On peut voir cette disparition sur la figure VI. Le fond de la préparation prend un aspect fibrillaire et ne fixe ni le nitrate d'argent, ni les réactifs colorants. Sur la figure VI, on voit un vaisseau dont les cellules endothéliales sont tout à fait normales. C'est là un fait important, que nous signalons une fois pour toutes. Jamais, même lorsque l'endothélium péritonéal est complètement détruit, nous n'avons trouvé la moindre modification de l'endothélium vasculaire.

Quelle est la nature des altérations cellulaires que nous venons de décrire ? Ciaccio (1), Swaen (2) ont observé sur l'épithélium postérieur de la cornée des figures analogues à celles que nous avons reproduites. M. Ranvier (3) en traitant le même épithélium par le nitrate d'argent après l'action de l'alcool au 1/3, a constaté que les cellules se rétractaient et prenaient l'aspect de petits lambeaux cousus les uns aux autres. Prenant (4) a soigneusement étudié ces phénomènes. Nous n'insisterons pas sur ces études qui ont porté sur la membrane de Descemet et non sur le péritoine. Si nous les

---

(1) Ciaccio. *Osservationi intorno alla membrana del Descemet e al suo endothelio.* Bologna, 1875.

(2) Swaen. *Des éléments cellulaires et des canaux plasmatiques dans la cornée de la grenouille.* Bruxelles, 1876.

(3) Ranvier. *Leçons d'anatomie générale.* La cornée, 1881.

(4) Prenant. *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1886, p. 351.

avons signalées, ce n'est pas seulement parce que les figures fournies par les imprégations positives ressemblent à celles que nous avons obtenues, c'est surtout en raison des interprétations qui ont été données de ces figures. Quelques auteurs ont pensé qu'il existait normalement entre les cellules de la membrane de Descemet des pores circonscrits par des prolongements cellulaires. Il est inutile de nous arrêter à cette interprétation, il est bien évident qu'elle ne peut s'appliquer au péritoine; puisque dans toutes les imprégnations du péritoine sain, les contours cellulaires s'accusent seulement par une ligne très fine et très régulière. D'autres ont pensé que les figures en question étaient dues à une rétraction ou même à une contraction de la cellule. Pour M. Ranvier la rétraction seule est en jeu; la contractilité n'est pour rien dans l'affaire.

Preiss (1) dit avoir fait une observation qui prouverait le rôle de la contractilité. On sait que sans le secours des réactifs, sur une cornée fraîche, on ne distingue pas les cellules de l'épithélium postérieur. En faisant agir une solution de sel de cuisine, ou une solution de nitrate d'argent à 1 pour 400, il aurait vu les cellules apparaître, puis s'écarter les unes des autres en restant unies par des anastomoses intercellulaires. Enfin, au bout de quelques secondes, les cellules se juxtaposent de nouveau et bientôt redeviennent invisibles. Prenant semble admettre également que sous l'influence des réactifs il se produit une rétraction et une perte de contraction active de la cellule. Ce serait absolument sortir du cadre de ce travail que d'étudier la structure histologique de la substance contractile, et de nous engager plus avant dans ce débat.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans les altérations du premier et du second degré les cellules endothéliales du péritoine semblent diminuer de volume, et s'écartent légèrement les unes des autres. Pour désigner ce phénomène,

(1) PREISS. *Arch. de Virchow*, 1884.

nous avons adopté le mot rétraction, qui indique simplement le fait physique sans rien préjuger de sa nature biologique. Y a-t-il là un certain degré de contractilité ? Nous l'ignorons. Quoi qu'il en soit, il est probable que les altérations ont peu de gravité, et qu'elles ne compromettent pas immédiatement la vie de la cellule.

Les altérations du troisième et du quatrième degré paraissent avoir été entrevues par Laruelle (2).

En traitant par le nitrate d'argent des péritoines enflammés, il a obtenu des imprégnations très irrégulières. Les figures jointes à son mémoire ressemblent beaucoup à certaines des nôtres. Mais l'interprétation qu'il en donne est très singulière. Ainsi pour une planche, qui rappelle notre figure V, il pense que les places blanches correspondent aux cellules, et que les parties noires qui ont fixé l'argent sont celles où le revêtement endothélial a disparu. Du reste la partie histologique est tout à fait accessoire dans son travail, qui est surtout bactériologique.

Les altérations du troisième degré paraissent très graves; les cellules endothéliales du péritoine dont le protoplasma est modifié au point de fixer l'argent dans toute son étendue, sont des cellules bien près de tomber. En effet, dans toutes les préparations où les cellules ont subi en grand nombre cette imprégnation positive totale, on trouve presque toujours quelques trous dans le revêtement cellulaire des points où les cellules endothéliales manquent. D'autre part, on ne trouve jamais de desquamation que dans les points où les cellules qui restent encore en place sont d'un gris foncé. On peut même dire que toutes les cellules qui tombent ont subi la modification qui leur permet de fixer l'argent, puisque toutes les fois qu'une cellule s'effrite et se détache par fragments, la portion qui reste attenante aux cellules voisines est toujours colorée en gris (voir fig. V).

C'est là un fait très important, qui va peut-être nous per-

---

(2) LARUELLE. *La cellule*, 1889, p. 61.

mettre d'interpréter la nature de ces altérations. Dans le péritoine sain, on trouve parfois quelques caillots, qui présentent absolument le même aspect que les cellules altérées ci-dessus décrites, points angulaires, points marginaux, fragmentation du protoplasma, imprégnation totale par l'argent. Dans la figure I, qui représente un péritoine normal, on voit deux cellules, sur lesquelles nous avons déjà appelé l'attention, qui sont devenues d'un gris foncé sous l'influence de l'imprégnation argentique. Il est légitime de supposer, sans qu'on puisse l'affirmer toutefois, que deux cellules d'un même endothélium, qui se comportaient d'une manière spéciale et identique vis-à-vis des réactifs, doivent être dans un même état physiologique spécial, et doivent avoir un sort commun. Ayant constaté que les cellules du péritoine altéré par les antiseptiques, qui fixent l'argent dans leur totalité sont vouées à la desquamation, nous sommes portés à croire que les cellules du péritoine normal qui fixent aussi l'argent sont de même destinées à tomber pour céder leur place à d'autres. Ce sont des cellules vieilles, caduques, usées, qui ont fini leur temps. S'il en est ainsi, on peut dire que les antiseptiques hâtent l'évolution régulière des cellules endothéliales du péritoine, et produisent une caducité précoce de ces éléments. M. le professeur Mathias Duval accepte cette interprétation et l'appuie de toute sa haute autorité.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE

DE LA POSITION ÉLEVÉE DU BASSIN DANS LA CHIRURGIE ABDOMINO-PELVIENNE

Par le Dr **R. Labusquière**

C'est une notion banale que les positions diverses prises par un sujet influent sur la statique abdomino-pelvienne, sur la disposition réciproque des viscères abdomino-pelviens.

Et ces modifications de rapports, qui dérivent soit des oscillations de la pression intra-abdominale, soit des effets différents de la pesanteur liés aux changements de position, acquièrent parfois une importance telle que, sans leur utilisation, certaines opérations seraient extrêmement difficiles, inexécutables même. Sans insister davantage sur ce point, il suffit de rappeler les services que rendent le décubitus dorso-sacré, la position de la taille, la position dite de Sims, etc. Dans ces derniers temps, un chirurgien allemand, Treundelenburg (1) a mis en relief les grands avantages, pour certains actes chirurgicaux, d'un décubitus spécial « *la position élevée du bassin* » (Beckenhochlagerung), qu'il a utilisé et qu'il recommande pour la cystotomie sus-pubienne, pour les opérations intra-péritonéales dans l'excavation pelvienne et dans la région inférieure de l'abdomen (résection de l'intestin pour la cure de l'anus contre nature, opération des myômes). Depuis cette intéressante communication, un certain nombre de chirurgiens (Werth, Lange, Veit, Léopold, Kocks, etc.) s'en sont occupés ou y ont eu recours, en ont reconnu les avantages tout particuliers, et s'accordent à lui reconnaître ce mérite capital, qu'*il découvre, non seulement à l'opérateur, mais aux assistants, le champ opératoire mieux que ne saurait le faire tout autre mode de décubitus*.

En réalité, il ne s'agit pas d'une chose absolument nouvelle. Et, dans un article fort détaillé, un autre chirurgien allemand, Kocks (de Bonn) (2), revendique la priorité, tout au moins de l'utilisation de ce mode de décubitus dans les opérations intra-péritonéales. Textes en main, il établit qu'il l'a utilisé dès 1879, à l'occasion de sa première hystérectomie totale, et qu'il en formula, à cette époque, le principe en termes fort précis.

D'autre part, il fait la remarque que, dans la 2[e] édition de

---

(1) Ueber Blasenscheidenfisteloperat. u. über Beckenhochlagerung bei operationen in der Bauchhöhle. *Samml. klin. Vort.*, n° 355.

(2) *Deutsch. med. Wochschr.*, 1890, n° 17, p. 351.

leur gynécologie opératoire, Hégar et Kaltenbach (1), au chapitre de l'hystérectomie abdominale, ont décrit ce décubitus, les modifications qu'il entraine dans la situation réciproque des viscères abdominaux pelviens, et les avantages qui en découlent. Pour lui, le *vrai mérite de Trendelenburg, est d'avoir justement apprécié l'action qu'exerce sur la pression intra-abdominale la position élevée du bassin, et d'avoir su faire bénéficier la chirurgie de la vessie des conditions favorables qu'elle crée.*

II

La figure ci-jointe, empruntée à un article de Leopold sur le même sujet (2), donne une bonne idée de ce mode de décubitus recommandé par Trendelenburg, ainsi que de la situation respective du chirurgien et de ses aides. Le chirurgien, il est vrai, se place suivant ses habitudes, de tel côté qu'il lui plait. Mais, placé à droite, le bras qui opère



(1) *Trait. de gyn. opér.* Trad. franç., 1885, p. 327.

(2) *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 42 p. 746.

trouve, ainsi que le fait remarquer Léopold, un point d'appui sur la cuisse correspondante de la malade. La table d'opération représentée dans la figure est un modèle spécial, fort commode, car il permet d'accentuer plus ou moins l'inclinaison du bassin, et surtout, si l'indication s'en présente, de remettre immédiatement la femme dans la position horizontale. Mais, cette table spéciale n'est pas absolument nécessaire et, dans les conditions ordinaires de la pratique, on peut très bien, à l'exemple et conformément au conseil de Kocks (1), improviser sur-le-champ, un dispositif suffisant: une table ordinaire et un matelas, entre lesquels on glisse, à l'un des bouts, des oreillers, des coussins et de préférence des objets résistants, non dépressibles, qui maintiennent mieux la position voulue (2).

III

La femme étant placée, comme il est indiqué dans la figure, et la portion supérieure du corps étant la plus rapprochée de la fenêtre, la lumière tombe directement sur la région abdominale. Mais, en ce qui concerne les effets de la position élevée du siège sur les organes abdomino-pelviens, il y aurait lieu, suivant Kocks, de les étudier en tenant compte d'une condition importante, selon lui: *le péritoine est-il ou n'est-il pas ouvert ?* Car, dans le premier cas, la pesanteur, seule, intervient, tandis que, dans le second, à l'action de la pesanteur s'ajoutent les effets de la pression atmosphérique.

1° *Effets de la position élevée du siège dans les opérations*

(1) *Loc. cit.*

(2) On peut même se servir, comme le fait à Paris M. Terrier, du lit de Mariaud si communément employé dans les laparotomies, élevant, à l'aide de la crémaillère le siège de la malade au maximum et laissant abaissée la partie du lit qui soutient les épaules et la tête de la malade. L'élévation du bassin, ainsi obtenue, tout en étant bien moindre que celle préconisée par les gynécologistes allemands, est néanmoins des plus utiles et dégage, dans une certaine mesure, l'excavation.

intrapéritonéales. — Dans le passage de la gynécologie opératoire, de Hégar et Kaltenbach (1), que Kocks cite tout au long dans son article, ces auteurs s'expriment comme il suit : « La malade est couchée de telle sorte que la partie supérieure du tronc soit dirigée du côté de la fenêtre et située plus bas que le bassin et les membres inférieurs. L'angle formé par la colonne vertébrale et le plan du détroit supérieur est ainsi augmenté, et il est possible de regarder plus aisément dans la cavité pelvienne. Le ventre ouvert, si les intestins sont bien vidés, ils se précipitent généralement d'eux-mêmes dans la portion supérieure de l'abdomen... ». Léopold (2) qui a eu recours à la position de Trendelenburg dans une série de 64 laparotomies, énumère de la façon suivante les avantages qu'il a reconnus à ce mode de décubitus, « les intestins s'abaissent vers le diaphragme, le bassin devient libre. Il est facile à l'aide d'une éponge volumineuse et large de repousser l'intestin, et il devient tout à fait inutile de le sortir dans le but de se rendre compte de conditions plus ou moins compliquées dans le bassin... L'intestin étant maintenu du côté du diaphragme, on constate dès lors facilement les adhérences entre l'utérus et les anses intestinales ; les diverses variétés de salpingite chronique, d'oophorite, la disposition actuelle des organes malades, les grossesses tubaires au début ; on peut suivre très distinctement les diverses variétés de ligature et de suture du moignon ; la suture transversale du péritoine pelvien après l'extirpation totale de l'utérus par en haut, etc. »

2° *Effet de la position élevée du siège quand la cavité péritonéale n'est pas ouverte.* — Non seulement ici, comme dans le cas précédent, la pesanteur tend à entraîner la masse des viscères abdominaux vers le diaphragme, mais, en raison de l'abaissement énorme de la pression intra-abdominale expérimentalement constatée par Trendelenburg, la pres-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

sion atmosphérique développerait l'espace prévésical, et par suite découvrirait largement la vessie au chirurgien. Aussi, Kocks compare-t-il les avantages associés à la position élevée du siège pour la cystotomie sus-pubienne, et pour les opérations qui se pratiquent par la voie vésicale, à ceux qu'offre la position de Sims pour les opérations sur le vagin et sur le rectum. D'ailleurs, Trendelenburg a utilisé, et avec succès, la voie vésicale pour le traitement de certaines fistules vésico-vaginales moins accessibles par la vagin.

Les *inconvénients*, qui peuvent résulter de la position élevée du siège seraient rares et de peu d'importance. Ils se réduisent, d'après Léopold, à quelques cas de cyanose légère et à quelques exacerbations de la toux après l'opération chez des sujets atteints de bronchite. Jamais il n'est survenu de complication sérieuse. « *Les avantages de la position élevée du bassin dans toutes les laparotomies sont si marqués, écrit le même auteur* (1), *que, dans aucune laparotomie et particulièrement dans les cas difficiles, je ne désire en utiliser aucune autre.* »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Décembre 1890

Traitement des salpingites.

M. Pozzi a opéré, dans son service, pendant le dernier semestre, 25 salpingites, avec 1 décès. Dans ce dernier cas, la poche s'était rompue et il y avait eu si peu de pus épanché que M. Pozzi avait cru pouvoir se dispenser du lavage et du drainage. Il conseille une incision petite, laissant juste passer le doigt, il faut chercher à sentir et non à voir. Autant que possible il faut décortiquer les poches sans les ponctionner : l'opération est beaucoup plus facile.

---

(1) *Loc. cit.*

Pour drainer, la méthode de Mikulicz est excellente. M. Audry (de Lyon) lui a reproché récemment l'intoxication iodoformée : on n'en a pas si, comme M. Pozzi, on a soin d'employer de la gaze aussi peu iodoformée que possible. La paroi abdominale doit être suturée en étages. Enfin M. Pozzi, insistant sur la fréquence des adhérences à l'appendice vermiculaire, se demande si, en l'absence de toute infection génitale, il ne peut pas y avoir là une cause de salpingite droite, et il relate deux cas où cette étiologie est vraisemblable.

L'existence d'une poussée fébrile est une indication à opérer immédiatement et non à temporiser. La fièvre, dans ces cas, est due non pas à la suppuration tubaire, mais à la péritonite péri-salpingienne. Cette péritonite peut d'ailleurs être apyrétique et ne se manifester que par une accélération du pouls, parfois avec des vomissements porracés et des accidents d'occlusion.

L'incision par le vagin peut être une opération palliative de nécessité ; ce ne sera jamais l'opération de choix. M. Pozzi a actuellement dans son service, pour un abcès pelvien, une femme qui a été opérée de la sorte et a toujours souffert depuis. Ce ne peut être qu'une opération incomplète. De même, d'ailleurs, l'hystérectomie vaginale, malgré son radicalisme apparent. Il y a des poches éloignées, inaccessibles par cette voie.

Péritonite tuberculeuse.

M. Routier présente une jeune fille qui, après une laparotomie pour péritonite tuberculeuse, reste guérie depuis 2 mois et a engraissé de 16 livres.

M. Terrillon a déjà communiqué ici un fait analogue ; la guérison se maintient.

M. Kirmisson. — M. Routier a-t-il fait l'examen histologique et bactériologique ?

M. Routier répond négativement.

M. Terrier. — Ce serait pourtant important pour juger cette question encore en suspens. M. Terrillon a fait l'étude histologique, mais pas d'inoculation. Les faits de ce genre sont si différents de ce que nous voyons pour toutes les autres tuberculoses locales qu'il faut les étayer scientifiquement. J'ai actuellement à l'hôpital Bichat une malade en train de guérir, mais après un drainage prolongé ; cette fois des inoculations ont été faites et ont établi la nature bacillaire de la maladie.

Kyste dermoïde. Occlusion intestinale.

M. Routier lit un rapport sur une observation de M. Ricard. Il s'agit d'une femme de 24 ans, prise brusquement 4 jours auparavant d'occlusion intestinale : sans diagnostic précis M. Ricard fit la laparotomie. Il trouva autour d'une tumeur de la région ovarienne une tumeur entourée d'anses intestinales adhérentes et affaissées, libéra ces anses et enleva la tumeur. C'était un petit kyste dermoïde, situé à côté de l'ovaire dont le tissu était reconnaissable. Les adhérences étaient probablement anciennes. La cause exacte de cette occlusion reste obscure ; mais la malade a guéri et cela prouve qu'en cas d'occlusion il ne faut pas hésiter à ouvrir le ventre.

M. Berger cite à ce propos une observation assez complexe. Il a débridé une énorme hernie ombilicale, peu tendue, peu douloureuse chez une femme atteinte d'occlusion et a trouvé que la cause était un volvulus d'une anse de l'intestin grêle, volvulus maintenu par une bride assez dure. L'anse une fois détordue, aucune bride ne fut plus sentie. Il en existait une cependant, comme l'autopsie le prouva, allant d'un gros fibrome utérin au bord mésentérique de l'intestin, et c'est autour de cette bride que l'anse s'était tordue. Il y a quelques observations analogues, une en particulier de Lauenstein

M. Bouilly. — Dans ces occlusions compliquant les tumeurs abdominales, la péritonite est le facteur étiologique principal même quand le néoplasme est énorme, il ne cause que rarement de la compression proprement dite.

M. Routier reconnaît que le diagnostic de la cause exacte est souvent très obscur. Il ignore par exemple quelle elle était chez un de ses opérés, guéri par la laparotomie. Une fois il a opéré une hernie ombilicale, peu tendue d'ailleurs, et n'y a rien trouvé : la malade étant morte, l'autopsie a révélé un cancer du côlon descendant.

Récidive des kystes de l'ovaire.

M. Schwartz lit un rapport sur une observation de M. Michaux relative à une opérée de M. Labbé. Cette femme, aujourd'hui âgée de 63 ans, a subi il y a 4 ans l'ovariotomie pour un kyste non adhérent, uniloculaire, à paroi mince et non végétante. Ce kyste semblait cliniquement être absolument bénin. Mais au bout de

3 ans 1/2 la cicatrice commença à devenir néoplasique et 6 mois plus tard M. Michaux constata là une production ayant tous les caractères d'un cancer avec une adénopathie spécifique de l'aine. Il faut peut-être admettre avec M. Michaux, qu'il s'agit d'une greffe dans la plaie pariétale, mais, vu l'intégrité probable de la cavité abdomino-pelvienne, on ne saurait affirmer, ajoute M. Schwartz, que ce n'est pas un cancer de la cicatrice indépendant du kyste initial.

M. Routier a opéré il y a quelques semaines, une femme de 34 ans pour un sarcome ovarien très pédiculisé, sans pullulation péritonéale. La malade alla opératoirement très bien, mais au bout d'une quinzaine de jours apparurent sur la cicatrice deux bourgeons d'aspect sarcomateux et l'examen histologique démontra qu'ils avaient cette structure. Mais ce qui doit faire faire quelques réserves, c'est que des cautérisations au thermo cautère suffirent à amener une cicatrisation qui ne s'est pas démentie. La malade a actuellement des douleurs lombaires qui font redouter une généralisation viscérale.

M. Terrillon relate deux cas très nets de greffe péritonéale de kyste de l'ovaire opérés de 15 jours à 3 semaines après leur rupture dans le ventre, trouvé lors de l'intervention plein de matière gélatineuse, et même dans un cas il y avait sur l'intestin une greffe déjà effectuée qui fut extirpée et ne repullula pas. Mais chez ces deux malades une tumeur abdominale reparut au bout de quelques mois, et chez toutes deux elle fut trouvée constituée par une greffe épiploïque et enlevée, avec un succès opératoire complet. La masse était fort volumineuse, pesant environ 5 kilogr. Une de ces femmes n'est opérée que depuis 20 jours, et dès lors le pronostic définitif doit être réservé, mais il est à remarquer que l'autre a déjà 18 mois de survie et n'a pas actuellement de nouvelle récidive.

M. Lucas-Championnière. — Les greffes pariétales sont incontestables : les exemples n'en sont pas très rares au niveau des coups de trocart à la suite d'une simple ponction. Mais le fait de M. Michaux, en l'absence d'autopsie ou d'opération, n'est malheureusement pas très probant. Il n'est pas possible d'affirmer qu'il n'y ait rien dans le ventre. D'autre part, ces greffes ne sont qu'un degré de la généralisation péritonéale ou viscérale : c'est toujours le même processus, semblable à celui des autres tumeurs malignes. Cette évolution maligne, d'ailleurs, nous ne pouvons pas la pré-

voir à l'avance. En général, sans doute, l'aspect extérieur des kystes nous donne des renseignements assez exacts. Mais quelquefois nous sommes en défaut. Néanmoins il doit y avoir, entre ces tumeurs bénignes et malignes des différences de structure que nous ne connaissons pas encore, mais qui sont plus que probables.

M. Bouilly a opéré une femme chez laquelle il se demande si un petit papillome ombilical, d'aspect très bénin, n'a pas provoqué une généralisation péritonéale. Cette femme fut opérée au début de 1889 pour des fibromes utérins pédiculés, dont un en voie de transformation kystique. En même temps, M. Bouilly lui excisa largement, par occasion, un petit papillome ombilical. Or, elle est morte en janvier 1890 avec les signes d'un cancer de l'épiploon, puis d'une ascite cancéreuse. On ne saurait rapporter cette généralisation aux fibromes utérins. Serait-ce donc au papillome ombilical ?

M. Quénu. — Entre les kystes bénins et les kystes malins il y a évidemment une différence clinique. Mais il est impossible d'accorder à M. Championnière qu'il y ait une différence histologique ; nous ne pouvons pas nous baser sur la structure pour porter un pronostic. C'est l'aspect macroscopique vegétant qui nous fournit le meilleur critérium, et encore cela n'a-t-il rien d'absolu. De plus, il faut bien distinguer les récidives et les continuations du mal. Les continuations, par exemple, étaient fréquentes autrefois quand on traitait les pédicules, incomplètement faits, par la méthode extra-péritonéale. Aujourd'hui, elles sont rares au pédicule, mais n'y a-t-il pas souvent au moment où on opère des granulations péritonéales ? De ces granulations certaines sont purement inflammatoires mais d'autres sont épithéliales, et leur aspect à l'œil nu ne permet souvent pas de les distinguer.

M. Lucas-Championnière proteste contre cette prétention de l'histologie. Toutes les tumeurs, bénignes ou malignes, sont de structure épithéliale et jusqu'à présent les histologistes les confondent parce qu'ils ne trouvent pas de différences entre elles. Mais ce n'est pas un motif pour dire qu'il n'y a pas de différence. On ne la connaît pas actuellemeut, c'est tout ce qu'on peut dire actuellement.

M. Terrillon a opéré 7 kystes rompus, tous rompus depuis 15 jours au moins. Or, deux fois seulement il y a eu infection péritonéale, les 5 autres cas ayant eu l'évolution de kystes bénins,

mais rien ne peut actuellement faire prévoir ces différences de pronostic.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Séances de décembre.

Foie et éclampsie puerpérale. — M. BOUFFE a observé dans le service de M. Champetier de Ribes une femme éclamptique morte brusquement. A l'autopsie, on a trouvé les hémorrhagies interstitielles caractéristiques du foie, mais le fait particulier est qu'il y a un vaste hématome sous la capsule de Glisson. Cette capsule s'est rompue en un point et le sang a pu s'épancher dans la cavité péritonéale.

M. PILLIET fait remarquer cet état du foie, d'aspect gomme gutte, avec hémorragies interstitielles occupant exclusivement le système porte ; et dans l'espèce le cadavre a été injecté à la gélatine, ce qui a permis de bien démontrer l'intégrité du système sus-hépatique. Les hémorrhagies hépatiques sont constantes dans l'éclampsie et sans doute elles y ont un rôle pathogénique prédominant (voyez sur ce point la *Revue* de M. Pilliet, dans la *Gazette hebdomadaire,* 1890, nº 30, p. 348). Mais c'est la seule fois où M. Pilliet en ait vu une acquérir une semblable importance et causer directement la mort. Peut-être tout cela est-il de cause microbienne.

M. BRAULT se demande s'il faut faire jouer aux hémorrhagies hépatiques un rôle pathogénique prépondérant. Les lésions du système nerveux central peuvent très bien causer des hémorrhagies viscérales, dans le foie en particulier : les hémorrhagies cérébrales de l'éclampsie ne sont-elles donc pas causales ? D'autre part, la théorie mécanique de l'éclampsie n'est pas démontrée, mais elle est défendable : si c'était une maladie infectieuse, pourquoi les primipares seraient-elles à peu près seules atteintes ?

M. PILLIET a fait treize autopsies d'éclamptiques et a trouvé treize fois les lésions hépatiques, qui d'autre part n'existent pas chez les épileptiques morts en état de mal. D'autre part, il y a dans les cellules hépatiques des lésions de nécrose très nettes.

Calcul vésical chez une femme. — M. FORGUE présente une pierre qu'il a extraite par la taille vaginale chez une femme de 23

ans. Il avait d'abord voulu la broyer, mais elle obstruait le col de façon que le lithotriteur ne put passer. La taille expliqua cette fixité anormale : la pierre, en effet, était développée autour d'une épingle à cheveux, dont les pointes dépassaient et s'étaient fichées dans la vessie. La malade, mariée, n'a fourni aucun renseignement, par pudeur sans doute, sur l'origine de ce corps étranger. La plaie vésicale a été suturée et s'est parfaitement réunie, quoi qu'il y eût une cystite purulente intense.

Hernie diaphragmatique congénitale. — M. Gautier a observé à la Maternité un fœtus qui est mort au bout d'une heure, asphyxié par une hernie diaphragmatique diagnostiquée et vérifiée à l'autopsie. L'estomac, le pancréas, la rate et la majeure partie de l'intestin grêle sont passés dans la plèvre gauche. Sur cinq cas inscrits dans le registre de la Maternité, quatre fois le diagnostic a été posé. Les signes suivants sont en effet caractéristiques : l'enfant ne pousse pas, en naissant, le cri habituel ; immédiatement il asphyxie et tombe en état de mort apparente. Si on fait alors l'insufflation, on a la sensation qu'on souffle comme dans un tube bouché. A la percussion, on constate que le cœur est situé à droite et que ce côté de thorax est rendu mat par le cœur, le thymus et le foie. On pourrait donc penser à une pleurésie ou à une péricardite congénitales : mais on constate alors un symptôme important : la sonorité intestinale se continue sans démarcation dans le côté droit du thorax. Ces constatations sont importantes pour permettre de reconnaître, lorsque l'autopsie est impossible, la cause de la mort, en quelques heures, d'un enfant qui semblait bien conformé.

Tuberculose utérine. — M. Buscarlet a observé une femme de 56 ans chez laquelle le diagnostic a été fait cliniquement et a été confirmé à l'autopsie. Cette femme a eu sept enfants, dont cinq morts en naissant et un mort de tuberculose à 18 ans. Veuve depuis plusieurs années, elle ne semble pas s'être exposée à une contagion vaginale directe. Cinq à six mois avant d'entrer à l'hôpital elle fut prise de flueurs blanches, et en ville un médecin diagnostiqua un cancer utérin, quoiqu'il n'y ait jamais eu d'écoulement sanglant. La malade entra à l'hôpital, et là il fut constaté que le col était volumineux, mais mou, ne saignant pas au contact du doigt ; des granulations molles étaient senties sur lui et sur le cul-de-sac vaginal. Au spéculum, on vit alors un aspect

caractéristique et un semis de granulations jaunâtres, semblables à celles de la tuberculose pharyngienne. Ces signes objectifs, joints à l'existence de lésions pulmonaires, encore médiocrement avancées, permirent le diagnostic. L'examen bactériologique des sécrétions fut négatif, ce qui n'est pas très étonnant car cette femme était soumise aux injections antiseptiques. Le traitement local a agi favorablement sur les lésions vaginales ; mais les crayons d'iodoforme ont été impuissants contre celles de la cavité utérine. La malade ayant succombé aux lésions pulmonaires, l'autopsie a fait voir la caséification de la muqueuse utérine, des trompes et de l'ovaire gauche.

A. Broca.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 novembre 1890.

Couderc présente **un placenta** qui était inséré totalement sur le col. Avant son arrivée à l'hôpital, la femme qui avait déjà perdu beaucoup de sang, avait été tamponnée. A l'hôpital, on enleva ce premier tampon et le placenta fut perforé. Mais, l'hémorrhagie continuant, on tamponna de nouveau. Expulsion spontanée de l'enfant ; pas d'hémorrhagie notable de la délivrance (1).

Bar. **Fœtus atteint de tumeur sacro-coccygienne.** — Expulsion du fœtus naturelle jusqu'à l'ombilic, puis ne fit plus de progrès. Bar, ayant soupçonné une tumeur du siège dont il constata ensuite la présence par le toucher, sectionna le tronc, repoussa ensuite le siége, et grâce à cette manœuvre, put abaisser les membres inférieurs et extraire facilement le reste du fœtus. — *Discussion :* Pajot a observé des faits semblables à la clinique ; il faut dans ces conditions songer à une ascite ou à un tératome. Guéniot approuve la conduite suivie par M. Bar. Elle rappelle celle adoptée dans les cas, où la tête ayant été extraite avec le céphalotribe, on fait la décollation, dans le but de se créer de la place pour abaisser les bras, afin d'extraire le tronc, arrêté par le volume des épaules.

---

(1) La femme ayant néanmoins succombé, son utérus fut apporté à la séance suivante. La seule inspection de cette pièce permit de constater l'exactitude du diagnostic d'insertion centrale.

P. PETIT. 1) **Kyste dermoïde de l'ovaire.** — Tumeur enlevée sur une femme âgée de 54 ans, et remarquable par ses dimensions : 1 fois 1/2 la tête d'un adulte. Cliniquement, elle offrait un double intérêt : le long temps durant lequel elle avait été parfaitement tolérée, car la femme n'avait ressenti de malaises que depuis 3 mois avant l'opération ; elle présentait, malgré l'épaisseur du contenu, une fluctuation tellement nette, qu'on avait songé à un kyste uniloculaire, à contenu séreux, provenant plutôt du ligament large que de l'ovaire, franchement pédiculé et peu adhérent. *Suites opératoires excellentes.*

2) **Épithélioma hétérokystique de l'utérus.** — Sur un utérus extirpé par Pozzi, l'auteur a constaté la coexistence de deux néoplasmes malins, de type histologique différent, et s'étant développés isolément, a) *épithéliome cylindrique dans le corps de l'utérus*, b) *épithéliome pavimenteux vers la surface du col.* Ce fait serait à rapprocher de la coexistence, fréquente d'après Abel, Landau, Waldeyer, problématique d'après Petit et beaucoup d'autres, de l'épithéliome du col et du sarcome de la muqueuse utérine.

VERRIER. Rapport sur un travail du Dr Gendron. **Note sur l'écouvillonnage de l'utérus.** — Les principaux points de la méthode du Dr Gendron sont les suivants : durant les 15 jours qui précèdent l'écouvillonnage, irrigations chaudes du vagin et, tous les deux jours, pansement à l'iodoforme. La veille, application d'une tige de laminaire rendue aseptique par son séjour dans l'éther iodoformé, pulvérisation d'iodoforme et tampon contentif ; le lendemain, si la dilatation n'est pas suffisante, on la complète avec la dilatateur de Sims. La dilatation étant suffisante, écouvillonnage avec un écouvillon, ayant 2 cent. de diamètre (petite dilatation, gros écouvillon, telle est la formule du Dr Gendron), et imbibé de glycérine créosotée. Puis, lavage du vagin, et tamponnement avec la gaze iodoformée. Les lavages et les tampons sont renouvelés, pendant une quinzaine de jours. *Tout ce traitement est fait dans le cabinet même du médecin ;* les malades, même demeurant assez loin, viennent de chez elles et retournent chez elles dans la même journée. Sur 42 cas, le Dr Gendron signale 37 guérisons.

Discussion. — PAJOT. L'écouvillon est un excellent, le meilleur moyen de nettoyage. Mais il ne guérit pas. Ce qui guérit, c'est le

caustique (créosote ou autre), dont l'action est favorisée par le nettoyage à fond qu'effectue l'écouvillon. En quelques cas, l'écouvillonnage amène des hémorrhagies. CHARPENTIER considère comme très dangereuse la pratique du Dr Gendron, en ce qu'il traite les malades chez lui et les renvoie après; il aura des accidents. PETIT ne croit pas que l'écouvillonnage peut entraîner l'hémorrhagie. La veille même, il a enlevé une caduque pour arrêter une hémorrhagie, et il a réussi. PAJOT. Le cas est différent. J'ai écouvillonné une femme lymphatique, et j'ai produit de l'hémorrhagie. Quant aux dangers signalés par M. Charpentier, ils sont réels. Autrefois, il y a dix ans, je me servais de laminaire pour dilater le col. Dans un cas où j'avais employé ce procédé, je fis coucher immédiatement la malade; cela n'empêcha pas qu'elle fut atteinte d'une menace de péritonite qui m'inquiéta pendant quelques heures. DUMONTPALLIER fait remarquer que le cas est antérieur à l'introduction de la méthode antiseptique. PAJOT. Je l'accorde, mais on n'en doit pas moins prendre des précautions.

LEFOUR (de Bordeaux). **Observation d'une dame chez laquelle l'annonce que l'accouchement prématuré serait provoqué le lendemain a suffi pour déterminer l'apparition des contractions utérines et l'accouchement prématuré.**

Cette dame qui n'avait commencé à marcher qu'à 3 ans, présentait des traces nombreuses de rachitisme; bassin rétréci, diamètre 8 cent. 1/2. Un 1er accouchement, à terme, avait dû être terminé, après un travail prolongé (48 heures) et actif, par deux applications laborieuses de forceps, il s'agissait d'une O.I.D. à peu près transversale, et, au moment de l'intervention, la tête était encore très élevée. L'enfant pesait 3 kilog. 200 grammes. Suites de couches troublées par une phlegmatia alba dolens, qui apparut 17 jours environ après l'accouchement. Pour éviter à cette dame les dangers liés à un accouchement à terme en raison de la sténose pelvienne, l'auteur résolut, au cas de nouvelles grossesses, de provoquer l'accouchement à 8 mois environ. Depuis son accouchement, elle devint enceinte 6 fois. 4 fois, le travail se déclara spontanément, et chaque fois quelques heures après que M. Lefour lui eût annoncé son intention, systématiquement tenue cachée jusqu'au dernier moment, de provoquer l'accouchement le lendemain. La date des dernières règles avait toujours été soigneusement notée, et, dans un cas, des circonstances particulières avaient

permis de fixer d'une façon très exacte le moment de la conception. Quant aux deux autres grossesses, elles s'étaient terminées par des fausses couches survenues peu après la perception par la mère des mouvements de l'enfant. Il faut dire, que cette dame avait conservé de son 1er accouchement une très grande appréhension ; qu'elle présenta de temps à autre des troubles psychiques de nature à faire craindre un véritable désordre mental ; aussi, l'auteur incline-t-il à rapporter ces accouchements prématurés, devançant de quelques heures l'intervention, à l'impressionnabilité, à l'émotivité excessive du sujet.

Il ne s'agit pas, pense-t-il, de suggestion, pas même d'auto-suggestion. Malgré, en effet, l'appréhension de l'accouchement, la jeune femme, à cause de certaines considérations religieuses, eût désiré mener à terme sa grossesse. Incidemment, il cite l'observation d'une hystérique, très facilement hypnotisable, mais chez laquelle l'hypnotisme échoua complètement dans les tentatives que l'on fit de fixer l'accouchement à tel jour, et de supprimer la douleur.

R. L.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Du traitement de l'aménorrhée par la gymnastique suédoise. — Suivant la pratique de Thure Brandt, Frédéricq a guéri l'aménorrhée sans massage et sans traitement local d'aucune espèce, en se bornant à faire exécuter aux malades des mouvements dits congestionnants pour les organes du petit bassin ; suit l'exposé des divers mouvements qui constituent la méthode ; les uns sont exécutés par la malade elle-même, sans le secours de personne ; les autres nécessitent un aide pour être exécutés.

Un cas de fibro-myôme utérin avec hémato et pyosalpynx ; trois laparotomies ; guérison. — Après avoir enlevé les deux trompes, l'une pleine de sang, l'autre pleine de pus, Jacobs se trouva en présence d'un fibrome d'un volume énorme au niveau du col ; ne pouvant amener cette partie à la plaie abdominale, il employa la méthode d'Olshausen. Après avoir placé un lien élastique aussi bas que possible, il incisa la tumeur, ménageant en avant et en arrière deux lambeaux musculo-péritonéaux, puis plaça sur le pédicule deux plans de suture, un profond embrassant toute l'épaisseur du muscle utérin, un superficiel séroso-séreux. Après

toilette de la cavité abdominale il referma les parois. Le surlendemain la température étant montée à 39°,8, l'état général étant inquiétant, il ouvrit le ventre, le moignon utérin commençait à suppurer. Ablation des sutures, drainage abdominal, supprimé le 15e jour. Comme il persistait une fistule séro-purulente, Jacobs, 2 mois 1/2 après la première opération, rouvrit une troisième fois l'abdomen, enleva un reste de moignon utérin et ses débris de pédicule ; guérison. Il insiste sur l'utilité qu'il y a à rouvrir le ventre dès que le moindre signe fait craindre une complication.

Lebon, à ce propos, relate un fait de Lauwers où après une ovariotomie difficile, apparurent des signes d'occlusion intestinale. La réouverture du ventre permit de détacher des adhérences qui s'opposaient au cours des matières, la malade guérit.

Kufferath pense que, dans les cas d'infection généralisée, la laparotomie secondaire est inutile ; de plus, des vomissements, même fécaloïdes, peuvent cesser spontanément, comme il a pu le constater chez une de ses malades à laquelle il avait pratiqué l'opération césarienne.

Pyosalpinx adhérent à l'intestin et à la paroi postérieure du bassin. — Dans ce cas, Tournay, n'arrivant pas à décortiquer la poche, sutura le feuillet pariétal du péritoine au feuillet séreux du pyosalpinx et draina la cavité ainsi constituée. Durée de l'opération 4 heures ; guérison.

Rochet présente : 1° Un **pessaire en papillon extrait d'un vagin,** où il était enfoui depuis 3 ans ; il dut scier les deux ailes du pessaire pour l'extraire.

2° **Un utérus cancéreux enlevé par la voie vaginale** ; guérison.

H. H.

REVUE ANALYTIQUE

FIBROMES UTÉRINS

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par L.-G. Richelot. Paris, Lecrosnier, 1890.

Après avoir étudié les résultats du traitement électrique et ceux de la castration ovarienne, l'auteur relate 16 observations d'hystérectomie avec pédicule rentré (voir *Annales*, 1890, t. I) et arrive aux conclusions suivantes :

L'*électricité* est le meilleur des palliatifs appliqués aux fibromes de l'utérus. Elle peut même suffire au traitement, dans quelques cas bien déterminés ; il y a certainement des femmes atteintes de fibromes qui peuvent vivre sans être opérées.

Mais pour en obtenir des résultats palliatifs ou durables, il faut renoncer à tout empirisme et lui chercher des indications précises.

La *castration ovarienne* réussit beaucoup plus souvent, et réussit définitivement. Mais, elle aussi, peut avoir des échecs ; bien des cas lui échappent, il est possible de les distinguer, et il n'est pas permis de l'adopter systématiquement, à la seule condition qu'elle soit possible.

Elle est, d'ailleurs, très peu dangereuse. Et d'abord, il faut savoir s'arrêter, en présence d'annexes trop difficiles ; on peut faire moins ou plus, s'en tenir à une exploration ou faire l'hystérectomie. Et puis, songez à ce que deviennent les femmes non traitées. Quand la question d'intervenir se pose, c'est apparemment que la tumeur donne signe de vie, c'est qu'elle est en évolution plus ou moins active. Calculez d'après ce que les chirurgiens voient tous les jours, d'après tant de femmes qui nous arrivent anémiées, pleines d'eau, cachectiques, sans compter celles qui restent en route et que nous ne voyons pas ; supputez les chances que donnent alors les opérations « trop graves », et celles que vous aurait données plus tôt une opération presque bénigne. La mortalité infime des laparotomies simples disparaît devant les services que nous rendons au plus grand nombre.

L'*hystérectomie abdominale* devient elle-même peu dangereuse. La pratique des chirurgiens s'améliore dans tous les pays. Il faut donc changer de point de départ dans la discussion, ne plus arguer des périls de l'hystérectomie pour se détourner d'elle et chercher autre chose à tout prix, reconnaître enfin que bon nombre de cas lui appartiennent et que nous sommes désormais bien armés pour en prendre la charge.

Une maladie aussi complexe que les fibromes dans ses formes et dans son évolution ne peut réclamer toujours la même thérapeutique. Il est excessif de dire qu'avec un traitement non opératoire, on a ses cartons chargés de guérisons radicales ; qu'on a jamais ou presque jamais d'insuccès — nous en voyons beaucoup, et sortant des meilleures mains. Il est puéril d'affirmer qu'on supprime la chirurgie, d'exhorter celle-ci à désarmer, et de fournir des listes de

maladies qui rappellent les cures merveilleuses de certaines panacées.

L'électrothérapie est venue, depuis quelques années, s'ajouter aux traitements connus; il faut discuter de bonne foi ses mérites. Il faut en même temps chercher les conditions qui rendent l'intervention chirurgicale nécessaire, et celles qui diminuent ses dangers. C'est de la sorte qu'on arrivera à faire la part de chaque méthode pour le plus grand bien des malades.

H. H.

Enclavement dans le bassin de l'utérus fibromateux (Ueber ein Fall von uterus incarceration, etc.), par M. Stanislaus Braun, *Wien. med. Presse*, 1889, n° 30, p. 1217.

Observation d'une malade entrée à la clinique de Cracovie, dans le service de M. Madurowicz, avec des accidents semblables à ceux de la rétroversion de l'utérus gravide ; et ce fut le diagnostic posé. La réduction fut impossible. Au bout de deux mois, après des alternatives de mieux et d'aggravation, le diagnostic put être posé avec exactitude et un fibrome sous-muqueux reconnu. Extirpation par la voie vaginale, guérison.

A. Broca.

Myôme utérin (A uterine myoma), par E. C. Dudley. *Med. Standard*, Chicago, octobre 1889, vol. VI, p. 102.

Femme de 38 ans, atteinte de métrorrhagies considérables et présentant une tumeur qui remplissait tout le petit bassin et qui s'étendait de l'ombilic à la vulve. L'auteur l'attaqua par la voie vaginale et essaya de l'enlever par morcellement. Mais il dut, en raison de la longueur de l'opération, abandonner cette ligne de conduite et pratiqua séance tenante une laparotomie médiane ; il put enlever ainsi une tumeur parfaitement encapsulée. La plaie abdominale fut suturée et la cavité formée par l'ablation de cette tumeur fut drainée par le vagin. La malade guérit.

P. Noguès.

Fibro-kyste volumineux de l'utérus. Laparotomie. Guérison (A case of enormous fibro-cystic tumor of the uterus, laparotomy, recovery), par le Dr X. Werder, Pittsburg. *The American Lancet*. Detroit Mich., novembre 1889, vol. XIII, p. 406.

Les points saillants de cette observation sont les suivants : d'abord l'âge de la malade, 23 ans : ces tumeurs en effet sont rares

avant 35 ans; la rapidité du développement qui avait fait croire à un kyste de l'ovaire. Le début en effet ne remontait qu'à huit mois et au moment de l'opération ce fibro-kyste avait le volume d'un utérus gravide à terme. Mais le fait le plus remarquable est l'augmentation de volume que présentait cette tumeur quinze jours avant l'apparition des règles : aussi peut-on se demander si cette augmentation de volume ne coïncidait pas avec l'époque de l'ovulation?

P. NOGUÈS.

Contribution à l'étude du traitement des fibro-myômes utérins intra-pariétaux, par VATON. *Gaz. hebd. des sc. méd.* de Bordeaux, 1890, p. 35.

L'auteur s'inspire surtout des travaux de Vautrin, Vulliet et Julliard. Il passe en revue les différentes méthodes employées et décrit avec détails la méthode de Vulliet qui comprend plusieurs temps qui sont : 1° la dilatation ; 2° l'abaissement ; 3° le débridement ; 4° l'extirpation et il émet les conclusions suivantes :

1) Si la tumeur n'est pas plus volumineuse que l'utérus, il faut préférer la méthode de Vulliet à toute autre, même à la laparotomie.

2) Il semble qu'il existe un rapport d'origine entre le goitre et le fibro-myôme utérin (Julliard).

3) L'emploi de l'iodoforme en tant que topique entraîne une réduction durable du néoplasme.

4) La méthode du professeur Vulliet, évitant la castration, en se servant des voies naturelles pour la sortie de la tumeur et exerçant par la dilatation une action hémostatique, doit être préférée à tout autre procédé pour le traitement des fibro-myômes intra-pariétaux.

P. MAUCLAIRE.

Fibro-myôme utérin et kyste de l'ovaire (Ovario-hystérectomie), par DURET. *J. des sc. méd.* Lille, 1890, p. 141.

Le diagnostic était difficile car le kyste de l'ovaire très tendu donnait à peine la sensation de rénitence; de plus, il était médian. D'autre part, le toucher vaginal démontrait l'existence d'une deuxième tumeur située en arrière du pubis et donnait au toucher la sensation du doigt s'imprimant dans un bloc de cire, ce qui laissait croire à la possibilité d'un kyste dermoïde. Enfin, le cathétérisme utérin était impossible. En somme, ce furent les mé-

trorrhagies avec leurs caractères qui firent faire le diagnostic.

L'opération montra que le corps fibreux développé dans la paroi latérale de l'utérus avait repoussé celui-ci en avant. Ce fibrome appartenait à la variété des fibromes mous, œdémateux, d'où la sensation perçue par le doigt au toucher vaginal. Le kyste était inclus dans le ligament large. M. Duret fait remarquer que cette tumeur donnait peu de matité parce que les anses intestinales passaient en avant et ce simple fait devait faire penser à un kyste du ligament large. P. Mauclaire.

Compte rendu de la clinique du professeur Mangiagalli. Fibromes utérins (Rendiconto clinico del comparto ostetrico ginecologico del prof. Mangiagalli), par Decio. *Annali di Ost. e ginec.*, Milano, mai 1890, p. 378.

Seize fibromes utérins furent traités par la méthode d'Apostoli ; dans les cas de fibromes gros et multiples, on nota une peptonurie consécutive à l'application des courants électriques, peptonurie qui n'existait pas avant le traitement et qui ne fut observée que dans les cas de diminution de volume de la tumeur. Mangiagalli pense que les courants électriques rendent solubles des produits qui sont ensuite éliminés par l'organisme; cette peptonurie temporaire rappelle celle qui se produit pendant l'involution de l'utérus puerpéral.

Dix fibromes furent traités par l'ablation des annexes; il y eut 8 guérisons et deux morts, l'une par hémorrhagie tardive, l'autre de septicémie.

Pour dix fibromes volumineux Mangiagalli fit soit la myômectomie, soit l'hystérectomie par la voie abdominale, il y eut six morts et quatre guérisons. P. Mauclaire.

Myômes utérins (Einige Bemerkungen zur Aetiologie der myome und zur Methode des Myomotomie), par H. Fehling. *Centr. f. Gynäk.*, 19 juillet 1890, nº 29, p. 513.

On dit volontiers que les myômes sont plus fréquents chez les femmes mariées que chez les célibataires (78 0/0 environ contre 22 0/0). Mais si on prend comparaison avec la proportion relative des mariées et des célibataires envisagées en général (à Bâle 83 0/0 contre 17 0/0, parmi toutes les malades reçues à la clinique), on constate que proportionnellement les myômes sont plus fréquents chez les célibataires.

Une objection cependant : qui dit célibataire ne dit pas vierge. Il serait étrange qu'à Bâle la population hospitalière féminine contînt 17 0/0 de vierges : ce serait beau, mais bien exceptionnel. Or, quelle différence y a-t-il entre la femme mariée et la célibataire non vierge ?

A ce propos, Fehling signale une méthode qu'il emploie pour raccourcir la durée du traitement par pédiculisation extra-péritonéale. Il fait la suture secondaire de l'entonnoir qui correspond au bout de quelques jours à ce pédicule.

Il a fait de la sorte 30 opérations avec 3 décès.

A. Broca.

Du traitement des fibromes de la matrice par le courant galvanique constant (Zur Behandlung der Fibrome der Gebärmutter mit dem constantem galvanischen Strom), S. Cholmogoroff. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd XXII, Hft. 2, p. 187.

Après un historique très complet, l'auteur relate ses expériences personnelles. Il a fait en tout 180 séances d'électrothérapie, et tiré des observations qu'il a faites, tout en formulant des réserves à cause de leur nombre relativement restreint, les conclusions suivantes :

1) Sous le couvert d'une antisepsie absolument rigoureuse, l'électrisation intra-utérine est une méthode de traitement parfaitement inoffensive.

2) L'électricité positive, dans le traitement des fibromes, a une action hémostatique.

3) Il ne faut pas méconnaître l'action opposée, hémorrhagipare du pôle négatif.

4) La diminution de la tumeur, même après un traitement prolongé, est insignifiante; la plupart du temps même, on n'observe pas de diminution.

5) L'influence heureuse de l'électrothérapie sur la santé générale est hors de contestation.

L'ensemble de nos observations nous autorise à considérer l'application de l'électricité au traitement des fibromes comme un progrès important.

R. L.

Neuf cas consécutifs de fibro-myômes utérins ; huit hystérectomies sus-vaginales, une myômectomie ; pas de mort (Nine consecutive cases of myofibromata of the Uterus ; eight sus-vaginal hysterec-

tomies, and one myomectomy, no death), par W. I. HELMUTH (*Am. J. of obst.*, juin 1890, p. 599).

Dans le même journal, en 1886 (p. 1136), l'auteur a publié une série de 33 laparotomies, y compris 5 hystérectomies sus-vaginales, avec une seule mort.

La tumeur du cas I pesait 26 livres. La vessie fut blessée au cours de l'opération ; la fistule guérit grâce à l'application de gaze iodoformée.

Dans le cas III, lorsque le pédicule tomba, le 24e jour, il se produisit une hémorrhagie, qui fut arrêtée immédiatement avec une pince.

La malade no VII a eu la vessie blessée pendant l'opération, l'urine s'échappait par la plaie abdominale. Le 25 avril, à peine présente-t-elle un léger suintement urineux.

A. C.

Traitement électrique des fibromes utérins, par M. A. C. DELASSUS. *Journal des sciences méd. de Lille*, novembre 1889, p. 431.

Si l'électrothérapie a fait dans ces dernières années de réels progrès c'est grâce à la précision scientifique des méthodes; c'est un point sur lequel M. Delassus insiste au commencement de son travail. Puis il décrit l'appareil instrumental, la technique opératoire, l'intensité du courant, la durée, le nombre des séances et le mode d'action, et émet les conclusions suivantes : 1° il est prouvé que le courant électrique a une influence efficace sur les fibromes utérins et principalement sur leurs symptômes les plus dangereux, c'est-à-dire les hémorrhagies, elle diminue en outre ou supprime la douleur, elle réduit souvent le volume de la tumeur et enfin elle peut parfois déterminer l'énucléation du fibrome; 2° La technique opératoire doit absolument reposer sur une antisepsie rigoureuse et une mesure exacte de l'énergie électrique employée; 3° Le siège de l'application électrique varie avec les auteurs; 4° La méthode d'Apostoli est basée sur l'emploi des hautes intensités (jusque 200 à 250 milliampères). D'autres auteurs ne dépassent guère 50 à 60 milliampères.

P. MAUCLAIRE.

Myomotomie après échec du traitement galvanique. Modifications spéciales de la tumeur, de la muqueuse utérine et des ovaires (Myomotomie nach Erfolgloser galvanischer Behandlung. Eigenthümliche Veränderungen der Geschwulst, der Uterusschleimhaut und

der Eierstöcke), FRIEDRICH UTER. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 13, p. 209.

Il s'agit d'une femme, âgée de 30 ans, qui depuis 7 ans environ était sujette à des troubles de la menstruation. Les accidents, consistant en douleurs et hémorrhagies, étaient allés en s'accusant de plus en plus, abstraction faite d'améliorations légères et transitoires, produites par différents traitements médicaux (ergot, injections chaudes (40°). Mariée en 1887, la menstruation qui suivit le mariage débuta sans douleurs ; seulement, au 8e jour, douleurs faibles et écoulement sanguin, léger, qui persista de 18 à 20 jours. Puis, absence de règles durant 6 semaines. A la suite d'une promenade, hémorrhagie abondante, à début brusque, accompagnée de vives douleurs et d'un affaiblissement considérable. La malade, tenue pour enceinte, fut envoyée à la mer. Mais les accidents s'étant reproduits avec une certaine intensité, et après avoir inutilement essayé les traitements médicaux, la femme se mit entre les mains du Dr Apostoli, pour subir le traitement électrique. Du 1er avril jusqu'à la mi-août, elle fut électrisée 23 fois. Après chaque séance, elle présenta un écoulement de sang, léger, et durant de un à plusieurs jours. Une fois, ayant été électrisée au cours d'une ménorrhagie, peu accusée, il survint une perte très abondante. Ensuite, durant les périodes d'indisposition, elle était sujette à des douleurs généralisées et même, dans les intervalles intermenstruels, elle ressentait des douleurs dans la jambe gauche et dans le sacrum.

Un séjour au bord de la mer amena une amélioration, mais sans supprimer les douleurs et les hémorrhagies. En conséquence, elle entra dans le service d'Hégar, où elle subit la myômotomie, avec traitement intra-péritonéal du pédicule (suit une description détaillée de l'état anatomique de la tumeur, ainsi que des modifications présentées par les ovaires et la muqueuse utérine). La tumeur, de la grosseur d'une tête d'adulte, était remarquablement molle. La muqueuse utérine était très épaissie, le siège en certains points d'une infiltration inflammatoire, et sillonnée de vaisseaux très nombreux. Les ovaires étaient très tuméfiés, contenaient des follicules nombreux, volumineux, et stériles, très peu de follicules primordiaux, et un stroma en état de prolifération très accusée, infiltré de cellules rondes, et pourvu d'une riche vascularisation.

La mollesse et la riche vascularisation sont des caractères ordinaires aux tumeurs essentiellement composées d'éléments mus-

culaires. Par contre, il paraît vraisemblable que la prolifération inflammatoire de la muqueuse, la forte hyperhémie de celle-ci et de la tumeur, l'imbibition œdémateuse de la tumeur, et l'état inflammatoire des ovaires furent, en partie du moins, les conséquences de la thérapeutique suivie. L'anamnèse, l'aggravation des douleurs et des hémorrhagies justifient cette supposition.

R. L.

Une nouvelle méthode pour l'ablation des tumeurs fibreuses de l'utérus. (A new method of performing hystero-myomectomy), par Howard A. Kelly. *The Am. J. of obst.*, avril 1889, p. 375.

L'auteur a adopté le nom d'hystéro-myômectomie pour désigner l'opération qui consiste à enlever les tumeurs fibreuses de l'utérus, tout en conservant une partie du col. Les nombreuses méthodes en usage pour l'ablation des corps fibreux peuvent être divisées en deux grandes classes suivant qu'elles consistent à abandonner le pédicule dans le ventre ou à le suturer à la paroi. Mais toutes deux ont des inconvénients : la première expose à l'hémorrhagie, la seconde à la septicémie. L'auteur propose une méthode mixte et le manuel opératoire suivant : après incision médiane, la tumeur est libérée de ses adhérences et attirée à l'extérieur : une solide ligature élastique est appliquée provisoirement aussi bas que possible, la tumeur sectionnée à quelques centimètres au-dessus du lien constricteur et le canal cervical cautérisé au thermo-cautère. La surface saignante de ce moignon utérin est alors oblitérée par plusieurs rangs d'une suture continue, qui sont placés les uns au-dessus des autres et qui l'adossent à elle-même comme dans la méthode de Schroeder : un plan superficiel de sutures interrompues rapproche et accole à lui-même le feuillet séreux de l'utérus.

Les fils provenant de cette suture sont réunis en un faisceau et le moignon ainsi suturé n'offrant qu'une surface séreuse est attiré dans l'angle inférieur de l'incision de la paroi. Les artères utérines sont liées des deux côtés par un catgut enfoncé profondément dans le tissu utérin à l'aide d'une aiguille courbe. Toute la partie supérieure de l'incision abdominale est suturée suivant les procédés habituels ; la partie inférieure, celle qui confine au pédicule, est traitée d'une manière spéciale. Le péritoine pariétal est suturé au moignon utérin et la cavité péritonéale se trouve ainsi complètement fermée.

Suit l'observation d'une femme opérée d'après les indications précédentes et qui a parfaitement guéri. P. NOGUÈS.

Emploi de la ligature élastique. (L'uso del laccio elastico), par FASOLA. *Annali di ost. e ginec.* Firenze, dec. 1889, p. 501.

L'auteur a employé ce procédé de ligature dans deux cas de fibromes utérins. La première malade guérit, la deuxième mourut d'intoxication mercurielle, mais le pédicule utérin ne présentait aucune trace d'inflammation, ni de suppuration. Fasola rappelle en terminant les travaux de Tarnier, Chiara et surtout d'Olshausen qui, en 1884, a publié 100 cas de ligature élastique; sur 29 cas pour myômectomie il y eut 9 morts dont 3 par septicémie.

P. MAUCLAIRE.

Un cas de laparomyômotomie avec réduction du pédicule traité par la ligature élastique. (Un caso di laparomiomotomia con affon. damento del peduncolo trattato col laccio elastico), par CUZZI, *Annal. di ostet. e. ginec.*, sept. 1890, p. 591.

La tumeur était très volumineuse, pédiculée et implantée sur le fond de l'utérus. Cuzzi n'employa pas la méthode d'Apostoli parce qu'elle ne lui paraît indiquée que pour les myômes interstitiels et de petit volume. Pour les mêmes raisons il ne fit pas la castration et la laparomyômotomie lui parut indiquée parce que la tumeur était volumineuse et empêchait la malade de travailler. Cuzzi mit un premier lacs élastique, puis un 2e au-dessous qu'il fixa avec des sutures au catgut; après quoi il retira le premier. Le pédicule régularisé et hémostasié fut réduit dans l'abdomen. La guérison fut parfaite, aussi l'auteur croit que la ligature élastique met certainement à l'abri des hémorrhagies du pédicule.

P. MAUCLAIRE.

Du traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins, par M. DURET. *J. des sc. médicales de Lille*, 22 août 1890, p. 170.

Duret étudie le manuel opératoire des trois méthodes de traitement du pédicule et il rapporte ensuite trois observations où il a employé la méthode extra-péritonéale modifiée. Les modifications consistent : 1° dans la substitution de la ligature élastique au serre-nœud à fil métallique; 2° dans l'isolement plus parfait du pédicule d'avec la cavité péritonéale par le procédé de suture d'Hégar;

3° dans des soins plus précis donnés au pansement du moignon 4° dans la section du moignon avec des ciseaux courbes, à petits coups, au dessous de la ligature élastique, dès la fin de la seconde semaine sans attendre la mortification et la séparation spontanée du pédicule.

Résumant ensuite les dernières statistiques, Duret constate que la méthode intra-péritonéale aurait donné 25 0/0 de morts, tandis que le traitement extra-péritonéal ne donnerait qu'une mortalité de 14 0/0. Mais les dernières statistiques de Frommel, Landau et Hofmeier donnent une mortalité de 14 0/0 seulement pour le traitement intra-péritonéal. Quant à la méthode mixte, c'est-à-dire la réduction du pédicule avec drainage soit abdominal (Hegar) soit vaginal (Martin, Bouilly), Martin sur 86 opérées a eu 15 décès soit 22 0/0. Duret conseille cette méthode si le pédicule est volumineux et trop court pour être attaché à la paroi abdominale. C'est un acheminement naturel vers la méthode de réduction du pédicule avec fermeture complète de l'abdomen; mais dans l'état actuel de la science la méthode extra-péritonéale a une incontestable supériorité.

P. MAUCLAIRE.

Contribution à l'étude de la laparomyômectomie (Contributo alla casistica della laparomiomectomie), par PINZANI. Bologne, 1890. (Extrait du *Bulletino delle Scienze mediche de Bologna*, tome VII, vol. I).

L'auteur rapporte une observation d'hystérectomie abdominale pour fibrome utérin avec traitement intra-péritonéal du pédicule. Pinzani justifie ensuite son mode d'intervention; il pense que le traitement électrique d'Apostoli n'est à employer que chez les femmes au seuil de la ménopause et dont la tumeur ne détermine pas de phénomènes de compression ou de douleur. Le volume de la tumeur était tel, qu'il ne fallait pas songer à l'extraire par la voie vaginale. Comme la malade présentait un prolapsus utérin partiel, on aurait pu songer à employer la méthode extra-péritonéale pour le traitement du pédicule, comme le recommande Kaltenbach, mais cette méthode prédispose aux hernies. En isolant bien la cavité utérine de la cavité péritonéale pour éviter le passage des agents infectieux, en soignant les sutures et l'hémostase, le traitement intra-péritonéal du pédicule est préférable et le drainage de la cavité de Douglas est inutile bien que Martin le

recommande. Pinzani rappelle enfin la statistique de Martin (méthode mixte), mortalité de 22 0/00 pour 86 opérées; celle de Fritsch, mortalité de 40 0/0 avec la méthode intra-péritonéale et 15 0/0 avec la méthode extra-péritonéale sur un total de 60 opérées. Enfin Calderini eut deux morts sur 8 opérées chez lesquelles le pédicule fut traité par la méthode intra-péritonéale.

P. MAUCLAIRE.

Du traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystéro-myômectomie (Zur intraperitonealen Stielbehandlung bei Hystero-myomectomie), KOCHER. *Korresp. f. Schweiz, Arzte*, 1890, n° 13, juillet.

L'auteur, partisan résolu du traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystéro-myômectomie, pense qu'il est parfaitement possible, dans les cas de fibro-myômes, de cysto-fibromes, de sarcomes de l'utérus, de se comporter vis-à-vis du moignon comme s'il s'agissait d'un pédicule ovarique. Voici la technique qu'il a suivie dans un cas : double ligature sur les ligaments larges, l'une d'elles comprenant l'artère utérine, section du ligament large un peu en dehors de l'utérus ; immédiatement au-dessus de la ligature comprenant l'utérine, application *autour de l'utérus d'une ligature formée de plusieurs fils de soie, fins, noués ensuite ;* excision au dessus de cette ligature circulaire de la tumeur suivant le procédé de Schröder, cautérisation énergique de la cavité utérine jusqu'au niveau de la ligature, abandon dans le ventre du moignon et de sa ligature.

Dans quelques cas, il modifia quelques détails de la technique opératoire, mais en conservant le principe essentiel de la méthode : traitement intra-péritonéal, après ligature perdue avec plusieurs fils de soie fins du moignon.

Ce mode d'intervention, qui a fourni à l'auteur des résultats excellents, préviendrait les hémorrhagies secondaires et supprimerait, grâce à une occlusion absolue de la cavité cervicale, les dangers d'infections par cette voie. Il n'exposerait pas à la nécrose, parce que les fils de soie sectionnent peu à peu le tissu utérin, amenant ainsi une sorte de détente à leur niveau.

R. L.

Contribution à l'étude des indications de l'extirpation vaginale de l'utérus (Beitrag zur Indication der Extirpatio uteri vaginalis), FRANK. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 205.

L'auteur relate dans ce travail, ses observations d'extirpation

totale de l'utérus par le vagin pour myômes. Dans tous les cas, les femmes avaient déjà subi, sans en retirer le moindre bénéfice ou à peu près, un traitement long dont les injections d'ergotine, la poudre d'ergot de seigle, les injections caustiques intra-utérines, les applications de glace à l'extérieur, etc.., avaient fait les principaux frais. Les tumeurs enlevées variaient du volume d'une noix à celui du poing. Sur 10 cas, il y eut 2 décès. Dans l'un des cas, l'extirpation de l'utérus fut rendue très laborieuse, par une étroitesse très grande du vagin. Il se produisit une déchirure étendue du péritoine pelvien, qui nécessita des sutures dans lesquelles furent pris les 2 uretères. Dans l'autre cas, la femme succomba à une broncho-pneumonie survenue à un moment où l'on croyait déjà la guérison assurée.

R. L.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Éclampsie gravidique. (Eclampsia gravidica), SCARLINI. *Giornale internaz. delle Sc. Mediche*, 1888, p. 937.

Scarlini rapporte quelques-unes de ses expériences pour déterminer la nature infectieuse de l'éclampsie gravidique. Il a observé dans le sang des éclamptiques des microbes qui cultivés dans la gélatine se sont multipliés sous la forme de clous à tête. Il a fait des inoculations à des chiennes gravides avec des cultures pures et il a reproduit tout le cadre clinique de l'éclampsie au bout d'une heure chez les petites chiennes, et de 6 à 7 heures chez les chiennes robustes. La mort était précédée de vomissements, diarrhée, convulsions. Des chiennes très robustes avortèrent au bout de 15 à 16 heures et restèrent déprimées pendant longtemps. Dans leur sang, il a trouvé des microbes nombreux et semblables à ceux qu'il avait inoculés.

P. MAUCLAIRE.

Éclampsie puerpérale. (Puerperale Eclampsia), JOHN HERBERT CLAIBORNE. *Medical Age.* Detroit, Michigan, 26 décembre 1889, vol. VII, p. 553.

Cet article est une revue générale sur l'éclampsie puerpérale : plus fréquente qu'on ne le croit, cette affection se présenterait une fois sur 300 femmes enceintes au lieu de 500 comme le dit la majorité des auteurs.

L'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et surtout le traitement sont étudiés complètement : les larges saignées, qui n'excluent pas le chloral et le chloroforme, semblent avoir donné les meilleurs résultats.

P. NOGUÈS.

De la polyurie gravidique, par VOITURIEZ. *J. des sc. méd.*, Lille, mai 1890, p. 465.

Cette polyurie ne se constate souvent que vers le milieu de la grossesse. Elle disparaît rapidement après l'accouchement et son pronostic est bénin. Pour l'expliquer, il faut tenir compte des conditions mécaniques, c'est-à-dire de la compression des uretères. C'est une loi de pathologie générale que toute irritation du canal excréteur d'une glande provoque une congestion réflexe du parenchyme sécréteur. Cette congestion réflexe s'accompagne d'une suractivité fonctionnelle qui se traduit par une hypersécrétion que l'on peut comparer à la polyurie des rétrécis, décrite par M. le professeur Guyon.

P. MAUCLAIRE.

Éclampsie puerpérale et lithiase rénale (Puerperal eclampsia associated with lithiasis), par GEORGE M'KEOUGH. *Am. Lancet. Detroit* Mich., février 1890, t. XIV, p. 46.

Femme de 28 ans, ayant présenté depuis quelque temps des phénomènes de Lithiase rénale. Elle est prise d'éclampsie puerpérale le dixième jour qui suit son accouchement sans qu'il ait jamais été possible de déceler dans son urine la plus légère trace d'albumine.

L'auteur attribue les accidents puerpéraux à un excès d'acide urique contenu dans le sang et dans les tissus.

P. N.

Contribution à l'étiologie et au traitement des vomissements incoercibles chez les femmes enceintes. (Contributo alla etiologia e terapia del vomito incoercibile nelle gestanti), PUGLIATTI, *Annali di ostetric e. ginec.* Milano, 1890, p. 61.

Ces vomissements seraient dus à des sécrétions du col utérin qui seraient retenues dans la cavité cervicale. Aussi il recommande le traitement de Krause, c'est-à-dire l'introduction d'une petite bougie dans le col à une distance de 6 centimètres. On note quelques contractions utérines qui dilatent le canal cervical, cela suffit pour arrêter les vomissements sans déterminer l'avortement.

P. MAUCLAIRE.

La rougeole pendant la vie intra-utérine. (Measles in intra uterine life), Dr Moutoux, *Med. Standard Chicago*, août 1889, p. 53.

Femme atteinte de rougeole au huitième mois et demi de sa grossesse. Onze jours après elle donne naisssance à deux jumeaux manifestement porteurs d'une éruption de même nature et qui moururent 24 heures après.

P. N.

Rougeole durant la grossesse (Masern in der Schwangerschaft). Rueter. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 25, p. 445.

Une femme, âgée de 26 ans, IVpare, est dans le 9e mois de la grossesse, quand ses trois enfants ont successivement la rougeole, L'exanthème se montre chez le premier atteint, le 18 mars, chez les deux autres, le 28 mars. Le 29 mars, la mère qui n'a pas eu la rougeole dans son enfance, présente des prodromes non douteux de rougeole et de l'hyperthermie, 39°,5. Le 30, dans l'après-midi, l'éruption caractéristique apparaît à la face, et le même jour, vers 9 heures du soir, le travail se déclare et se termine le lendemain matin, vers 3 heures, par la naissance d'un enfant, du poids de 2,750 gr., venu au monde 3 semaines environ avant le terme normal. Cet enfant ne présente sur le corps aucune trace d'éruption rubéolique. Malgré le voisinage de sa mère, chez laquelle la rougeole évolue normalement sans retentir d'une manière fâcheuse sur les suites de couches, il échappa à l'infection rubéolique.

R. L.

La jaunisse pendant la grossesse. (Jaundice during pregnancy), par J. T. Winter de Washington. *Am. J. of obst.*, janvier 1890, p. 31.

L'auteur insiste sur la nécessité de la sécrétion et de l'excrétion de la bile dans l'intestin; les expériences de Daltar ont montré l'état anormal dans lequel sont les animaux à qui on a fait une fistule biliaire.

Welson de Charlottesville a trouvé que la cholestérine est produite en grande quantité dans la grossesse, et que, si le foie ne fonctionne pas bien la femme est exposée, à l'éclampsie cholestérique.

Ch. E. Smith a reconnu le danger de la jaunisse pour la mère et pour l'enfant.

Winter cite, pour terminer, un cas lui appartenant, dans lequel la malade accoucha à 6 mois; l'enfant vécut 22 jours; il pesait à peine 2 livres; la mère le nourrit pendant quelques jours, mais

son lait renfermait de la bile, et on dut prendre une nourrice. La mère se rétablit, et a traversé favorablement deux autres grossesses.

A. C.

De l'influence de l'infection syphilitique pendant la grossesse. (Zum Einfluss der syphilitischen Infection während der Schwangerschaft). P. STEFFEEK. *Zeit. f. geb. u. gyn.* 1890, Bd. XVIII, Hft. 1, p. 114.

L'auteur a observé 2 primipares, chez lesquelles il a pu être établi, d'une façon à peu près formelle, que l'infection syphilitique s'était produite vers le 5e mois de la grossesse. Les deux femmes ont accouché, 1 mois 1/2 environ avant le terme normal, donnant naissance, l'une, à un enfant vivant, du poids de 1350 gr., qui mourut deux heures après sa naissance; l'autre, à un enfant mort avant le début du travail, fortement macéré, et pesant 1400 gr. Les deux fœtus présentaient des lésions viscérales étendues; Il existait également des altérations anatomiques profondes du placenta, mais, contrairement aux constatations faites antérieurement par Fränkel et Zilles, elles intéressaient surtout le placenta fœtal. De ces deux cas, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1) La syphilis, communiquée à la femme vers le milieu de la grossesse, peut très bien atteindre l'œuf; 2) les altérations placentaires ne sont pas essentiellement subordonnées à l'époque où se fait l'infection, et, dans toute infection, toutes les parties constituantes du placenta peuvent être atteintes.

R. L.

Rhumatisme puerpéral (Puerperal rhumatism), par TH. C. SMITH, de Washington. *Am. J. of Obst.*, 1890, p. 474.

Mme C..., âgée de 22 ans, avait souffert de douleurs rhumatismales dans les deux derniers mois de sa grossesse; le 25 décembre 1885, elle fut prise des douleurs de l'enfantement, et la violence des douleurs dans l'utérus et dans les bras, obligea Smith de lui faire respirer de l'éther, puis d'appliquer le forceps, aussitôt que la dilatation fut complète.

Sauf des gerçures aux seins, tout alla bien jusqu'au 30 décembre. Ce jour-là, on apporta à Smith 120 grammes de sang presque pur, que la pompe avait retiré des seins excoriés.

Le rhumatisme envahit d'abord le coude droit, puis la plèvre, puis le coude gauche.

Le 12 janvier, la température atteignait 39°,5 et 40° le 25. Mal-

gré les calmants et l'administration de salicylate de soude, de l'iode, de la quinine, du gayac, la malade succomba le 27 janvier.

Comme Charpentier (*Accouchements*, 2e éd., I, p. 369), Smith a reconnu la tendance de cette maladie à la suppuration.

A. C.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Des suppurations pelviennes chez la femme, par P. DELBET, Paris, Steinheil, 1891.

Dans cet important ouvrage, M. P. Delbet a résumé la presque totalité des travaux publiés jusqu'au commencement de 1889. Les salpingites, ovarites, pelvi-péritonites, tumeurs suppurées, phlegmons y sont successivement étudiés au point de vue de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la pathogénie et de la symptomatologie. Le diagnostic et le traitement de ces diverses affections, prises en bloc terminent ce travail, dont la richesse en documents épargnera bien des recherches à ceux qui, dans l'avenir, voudront étudier ces questions. Ajoutons que le côté personnel n'est pas négligé et que l'auteur ne s'est pas borné à mettre bout à bout une série d'observations, prises de droite et de gauche; par un groupement bien compris des faits, il est arrivé à élucider une série de points obscurs; nous rappellerons enfin que, sur certaines questions nouvelles, M. Delbet s'est livré à des recherches expérimentales consciencieuses, en particulier sur le lavage et le drainage du péritoine (voir *Annales*, 1889, t. II. p. 185 et 1890, t. I, p. 93).

Salpingites et ovarites, par O. TERRILLON. Paris, O. Doin, 1891.

Le but de M. Terrillon, en publiant ce travail, est d'exposer aussi complètement que possible les caractères cliniques et anatomiques et surtout le traitement des salpingo-ovarites. Le grand nombre de ses opérations (90) lui a permis d'écrire cet ouvrage; c'est ce caractère tout personnel qui lui donne son principal intérêt.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Decio. Rendiconto clinico del' Ospedale Maggiore di **Milano.** *Annali di Ost. o. Ginec.* Milano, novembre 1890, p. 721. — **Edebohls (George M.).** Exploratory puncture of the femal pelvic organs. A diagnostic study. *Med. Rec.*, N.-Y,, 22 novembre 1890, t. II, p. 568. — **Garcia.** Un semestre de clinica ginecologica. Estaditica de las operaciones practicadas en la clinica de ginecopathia instituto de terapeutica operatoria, durante el semestre, etc. *Ann. de Ost., gineco. y pediat.*, Madrid, 1890. — **Hamon (H.).** Les lymphatiques des organes génitaux de la femme. *Rev. méd. — chir. d. mal. d. femmes.* Paris, 1890, XII, 405, 411. — **Laborie (Louis).** Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes génitaux de la femme. De son traitement par le drainage et l'antisepsie utérine. *Th. Paris*, 1890-91, n° 31. — **Landau.** Klinische Beobachtung und mikroskopische Diagnose. *Cent. f. Gyn.,* 1890, n° 47, p. 841. — **John A. Lejutt.** Gynecology in General practia. *Prov. med. Journ.* Leicester, 1890, p. 450. — **Martin.** Bericht über die Verhandlungen der Gesellschaft fur Geburtshulfe und Gynäk. zu Berlin vom 24 Januar bis zum 27 Juni 1890. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, XIX, 297-397. — **Rogie.** Aponévroses du périnée et du bassin. *J. d. s. m.* Lille, 26 septembre 1890, p. 289. — **Savage (Th.).** An address delivered at the opening of the section of obstetric and gynecology. *Brit. med. Journ.* London, 1890, t. II, p. 274. — **Truzzi.** Sulla castrazione in casi di osteomalacia puerperale e non puerperale. *Annali di Ost. e Ginec.* Milan, novembre 1890, p. 700.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Apostoli.** Du courant galvanique en gynécologie. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.* novembre 1890, p. 597. — **Caulet.** Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves. *Cong. intern d'hydrol. et de climat. Compt. rend.*, 1889, Paris, 1890, II, 113, 115. — **Gelli.** Contributo allo studio e alla pratica del massagio dell utero. *Ann. Ost. e Gin.* Milano, octobre 1890, p. 667. — **Keen (W.-W.)** The organisation of an operation. *Americ. J. of. med. k.* Philad, 1891, II, p. 11. — **Kelly (Howard.- A.)** Antisepsis and asepsis before and after major gynecological operations. *Am. J. of med. sc.* Philad. 1891 t. I, p. 44. — **Milne Murray**. On the treatement of Pelvic Disease by Electricity. *Edinb. M. J.* décembre 1890, p. 421, 512. — **Præger.** Eine Leibbinde aus plastischen Filz, *Cent. f. n. Gyn.* 1890, n° 44, p. 788. — **Prochownick.** Zur Elektrotherapie in der Frauenheilkünde. *Deutsch. med. Wchnschr.* Leipz., 1890. XVI, 883-886. — **Ranse (de)** Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves et de ses rapports avec l'intervention chirurgicale. *Cong. intern. d'hydrol, et de climatol. Comp. rend.* 1889, Par., 1890, II, 115, 123. — **Sänger** *Ueber Pessarien* Leipzig, O. Wigand, 1890. — **Sapeschko.** Plan eines aseptishen operationssaales. *Cent. f. Gyn.* 1890, N° 40,705. — **Terrillon.** Des Hémorrhagies utérines et leur traitement. *Bull. gen. de The-*

rap. etc. Par., 1890, 49. 57. — **Wrigth Fraser.** Gynæcological Cases treated by Electricity in Prof. Simpson's Clinique. *Edinb. m. J.* décembre 2890, 5281

VULVE ET VAGIN. — **Baas.** Ein Fall von Vaginismus. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 41, p. 728. — **Balzer.** Contribution à l'étude des syphilides secondaires du vagin. *Cong. intern. de dermat. et de syph.* C. r., 1889, Par., 1890, 251-255. — **Casati.** Una rava forma di cisti vaginale. *Riv. di ostet, e ginecol.* Torino, 1890, I, 149-151. — **Coen.** Adenom der Batholoni'schen Drüse. *Beit. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Iena, 1890, VIII, 424-430. — **Dodge.** A case of double uterus and vagina with pregnancy. *Northwest. Lancet.* St-Paul, 1890, X, 335. — **Gache.** Ausencia congenita de vagina; utero rudimentario; integridad de los anexos; operacion autoplastico; resultato. *An. d. Circ. med. arg.*, Buenos-Ayres, 1890, XIII, 221-224. — **Gaudichier.** Notes relatives à un cas d'anomalie congénitale du vagin. *J. de méd. de Par.*, 1890, 538. — **Hoedemaker.** Iets over het Hœmatoma vulvæ traumaticum. *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynœc.* Haarlem, 1890, II, 12-21. — **Jacquemard.** Un cas d'absence du vagin. *Loire méd.* St-Etienne, 1890, IX, 229-239. — **Mc Ardle.** Infantile vulvar hæmorrhagie. *Med. News*, 1890, LVII, 399. — **Taylor.** A case of cholesterin tumor of the vulva. *J. Cutan. et Genito-Urin. Dis.*, n° 7, 1890, VIII, 387. — **Vincent.** Traitement opératoire des thrombus vaginaux. *Lyon médical*, 9 novembre 1890, 335.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. — **Doléris.** Statique utérine et plancher pelvien. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1890, p. 667. — **Grünberg.** *Ein. Beitrag zur Behandlung complicater Retroflexionenn u. Prolapse.* Dorpat, 1890. — **Küstner.** Ueber die durch Tumoren erzeugte Achsendrehung der Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 44, p. 785. — **Mac Quade.** A case of complete Inversion of Uterus. *Lancet.* Lond., 1890, II, 617. — **Ott.** Vervolkommentes Verfahren der Angelung und Entfernung der Naht bei der « normalen Perineorrhaphie », nebst einer vergleichenden Beurtheilung dieser letzteren und der Lappenmethode von Lawson-Tait. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXIX, hft. 1, p. 42. — **Rogie.** Prolapsus utérin, cystocèle vaginale. Présentation des pièces anatomiques. *J. de sc. m.* Lille, 17 octobre 1890, p. 361. — **Roncaglia.** Un caso d'isteropexis per retroversione d'utero con aderenze. *Ann. di obst. e Ginec.* Milano, nov. 1890, p. 713. — **Rühl.** Bemerkungen über die Schücking'sche Methode der vaginalen Fixation des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 51, p. 916. — **Smith.** On the treatment of irreducible retroflexed or retroverteduteri by retro-abdominal manipulation, with notes of a successfully case. *Med, Press. and Circ.*, Lond., 1890, I, 201-203. — **Zannellin.** Périnéoplastie anatomique ou nouveau procédé pour restaurer l'état anatomique et morphologique du perinée chez la femme. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 771.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Geyl.** L'anesthésie dans le curettement de l'utérus. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1890, p. 637. — **Haldenthaller.** Ueber einen Fall tuberculöser Erkrankung der Portio vaginalis. *Wien. Klin. Wchschr.*, 1890, III, 655-657. — **Lee (Henry).** Syphylitic affections of the utérus, *Lancet.* Lond., 1890, II, 12. — **Moreines.** Carcinoma corneum aciinosum uteri. *Objäzat.*

pat. anat. izlied. stud. med. imp. Charkov., Univ., 1890, 38-52. — **Pichevin.** Traitement chirurgical de l'endométrite. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, novembre 1890, p. 608. — **Rosner.** Zur Behandlung der chronischen Endometritis. *Med. Cor. Bl. d. Württemb. ärztl. Ver.* Stuttg., 1890, LX, 140. — **Saintu.** *Étude critique de l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites.* Th. de Paris, 1890. — **Schwarz.** Ueber Erfahrungen der Cervical-Erkrankungen des Uterus und dessen Portio. *Memorabilien,* Heilbr., 1889-90, IX, 449-460. — **Williams.** Effects and treatement of one of the forms of cervical stenosis. *Asheville M. Rev.,* 1890-91, I, 50-58.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Abel** et **Landau.** Sarcoma Endometrii und Stückendiagnose. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 47, p. 845. — **Asch.** Ueber Exstirpation des nicht carcinomatösen-Uterus. *Jahresb. d. schles. Gesellsch. f. vaterl. Kult.*, 1889, Bresl., 1890, LXVII, 39. — **Ascher.** Zur Casuistik der Myomoperation. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XX, Hft 2, p. 307. — **Audry.** Hystérectomie vaginale totale pour un cancer du col. Vastes lésions du corps. *Lyon médical*, novembre 1890, 340. — **Boulton (Percy).** Fibroid tumour of the Cervic uteri *Lancet.* Lond., 1890, II, 339. — **Cullingworth.** Inversion of the uterus, due to a large polypus ; superficial necrosis of both Uterus and tumour ; Sudden extrusion of the entire mass through the Vulva ; Removal of tumour with subsequent reduction of the inversion. *Lancet.* Lond., 1890, II, p. 1355. — **Danouschevski.** Carcinoma papillomatodes portionis vaginalis uteri. *Objazat. pat. anat. izlied. stud. med. imp.* Charkov. Univ., 1890, 36-38. — **Flaischlen.** Zur Radicaloperation des Carcinoma uteri. *Deustch. med. Wchschr.* Leipz., 1890, XVI, 652. — **Fraenkel.** Spatrecidiv eines Portiocancroïde nach 8 Jahren. *Cent. f. Gyn.* 1890, n° 45, p. 801. — **Geyl.** Resultaten der operatione behandlung van carcinoma uteri. *Nederl. Tijdschr. V. Verlosk. en Gynæc.* Haarlem, 1890, II, 26-28. — **Godson (Cl.).** Vaginal hysterectomy. *Brit. med. Journ.* Lond., 1890, p. 844. — **Grossman.** Carcinoma mixtum cervicis uteri et thrombopylephlebitis carcinomatosa cystica. *Objazat. pat. anat. izlied. stud. med. imp.* Charkov. Univ., 1890, 201-207. — **Gubian.** La Motte-les-Bains et les corps fibreux de l'utérus. *Lyon Med.*, 12 octobre 1890, 177. — **Hofmeier.** Sarkoma Endometrii und Stückendiagnose. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 41, p. 721. — **Jakubowska (Mlle F.).** Des résultats immédiats et éloignés du traitement électriques des fibromes utérins par la méthode du Dr Apostoli. *Th. Paris*, 1889-90, n° 363. — **Kleinschmidt.** Ueber primäres Sarkom der Cervix uteri. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft 1, p. 1. — **Kleinwächter.** Ein Beitrag zur Elektrotherapie der uterus myome bei Herzaffectionen. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 2, p. 454. — **Kramnitz.** Carcinomata mucosum villosum, colli uteri. *Objazat. pat. anat. izlied. stud. med. imp.*, Charkov. Univ., 1890, 52. — **Lauwers.** *Pathologie et traitement des myomes de l'utérus.* Brux., 1890. — **Löhlein.** Demonstration eines Carcinoma corporis uteri bei gleichzeitigem Carcinom beider ovarien. *Ber. d. Oberhess. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk.* Giessen, 1890, XXVII, 143. — **Matlakowski.** Cystomyoma uteri ; laparotomia ; punctio et consutio cystidis ; excisio portionis parietis ; sanatio. *Gaz. lek.*, Warszawa, 1890, 600-602 ; — Myomata pultiplicia uteri ; laparohysterectomia supravagizalis ; sanatio. *Gaz. lek.*, Warsawa, 1890, X, 633. — **O'Callaghan.** Uterin tumours. *Bret. Gynæc. J.*, Lond., 1890-91, 200-203. — **Poporer.** Zur Frage über die Veränderungen der ovarien bei Fibromyoma uteri. *Cent. f. Gyn*, 1890, n° 49, p. 821. — **Ram.** Stone in uterus. *Indian M.*

Gaz. Calcutta, 1890, XXV, 209. — **Schauta**. Die Indicationstellung der vaginalen Totalexstirpation. *Wien. med. Bl.*, 1890, XIII, 551-553; — Die Indicationstellung der vaginalen Totalexstirpation. *Prag. med. Wchnschr.*, 1890, XV, 423-459; — Die indicationsstellung der vaginalen Total exstirpation. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft 1, p. 115. — **Schücking**. Ein Sterilisungsraum. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 48, p. 865. — **Soutougnie**. Traitement du cancer de l'utérus compliqué de grossesse et d'accouchement. *Vratch.*, St-Petersb., 1890, nos 10 et 11. — **Williams (J.)**. On total extirpation of the uterus by the Vagina. *Lancet*. Lond., 1890, II, p. 389. — **Wirbel (Ch.)**. De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale. *Th. Paris.*, 1890-91, n° 2. — **Zweifel**. Ueber Elektrolyse der Myome des Uterus. *Deutsch. m. Wochschr.*, Leipz., 1890, XVI, 881-888.

AFFECTIONS PÉRIUTÉRINES; HÉMATOCÈLE; MALADIES DES TROMPES, INFLAMMATION DES OVAIRES, ETC. — **Adenot**. Salpingite suppurée double; péritonite suppurée; mort subite. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 784. — **Gallet**. Pyosalpingite, laparotomie et ovaro-salpingectomie; guérison. *Clinique*. Brux., 1890, IV, 609-612. — **Geyl**. Ein intraligamentaire tumor. *Nederl. Tijdschr.. V. Verlosk en Gynæc.*, Haarlem, 1890, I, 266-269. — **Hall**. Report of one year's work of intra-pelvic surgery for the relief of inflammatory diseases. A supplement to ten consecutive cases of abdominal section for the removal of the uterine appendages, for the relief of pelvic pain, and the recurrent attacks of pelvic inflammation. *Times and Reg.*, N. Y. et Phil., 1890, 167-169. — **Haultain**. Some Points in the Morbid Anatomy of the Fallopian Tubes. *Edinb. M. J.*, décemb. 1890, p. 539. — **Jones**. Suppurating endothelioma; myofibroma in a condition of necrobiosis; remarks on the treatment of the pedicl, etc. *Med. Rec.* N. Y., 1890, XXXVIII, 262-269. — **Kelly**. Tuberculosis of the Fallopian tubes and peritoneum; ovarian tumor; removal of the ovaries and Fallopian tubes with drainage, followed by recovery; demonstration of the tubercle bacillus in sections of the tube. *Johns Hopkins Hosp. Rep.*, Balt., 1890, II, 220-223. — **Landau et Rheinstein**. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Tube. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXIX, Hft 2, p. 273. — **Menocal**. Pio-salpinx, laparotomio, curacion. *Rev. de cien. med.* Habana, 1890, V, 193. — **Nicolas**. Note préliminaire sur la constitution de l'épithélium des trompes utérines. *Internat. Monatschr. f. Anat. u. Physiol.*, Leipz., 1890, VII, 414-416. — **James Oliver**. Case of interstitial salpingitis; both tubes and both ovaries removed by abdominal section. *Lancet.*, London, nov. 1890, p. 920. — **Rheinstein**. Zur Diagnose des nicht puerperalen ovarialabcesses. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXIX, Hft 2, p. 255. — **Sparkuhl**. Beitrag zur Lehre von der chronischen oophoritis. *Beit. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Jena, 1889, VI, 103-112. — **Schaeffer**. Zwei Fälle von ovarialabcess nebst Mittheilungen über den bacteriellen Befund bei eitrigen Erkrankungen der Adnexa. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 2, p. 269. — **Terrillon**. — De la salpingite blennorrhagique. *Bull. méd.*, Paris, 1890, IV, 837-840. — **Turretta**. Idrosalpingite doppia-salpingectomia guarigione. *Gior. internaz. del. sc. Med.* Napoli, 15 sept. 1890, p. 666. — **Walther**. *Zur Casuistik der Hæmatosalpinx*. Giessen, 1890. — **Ward**. The pathology and treatment of intra-pelvic inflammation. *Times and Reg.* N. Y. et Philad., 1890, XXI, 214. — **Zabolotski**. Traitement de l'hydropisie des trompes de Fallope. *J. akush. jensk boliez.* St.-Pétersb., 1890, IV, 400.

OVAIRES. — **Antona** Adeno-carcinoma dell' ovaio destro con diffusione al fegato ed al grande mento ; ovariectomia ; guarigione della operazione ; morte per reproduzione degli organi interni. *Riv. clin. d. Univ. di Napoli*, 1890, XI, 38. — **Bezchinski**. Cystofibroma papillare ovarii psammotodes. *Objaz. pat. anat. izlied. stud. med. imp.* Charkov. Univ., 1890, 65-70. — **Cushing**. Fibroma of ovary. *Ann. Gyn. and Pæd.* Phil., 1890, I, IV, 25. — **Du Cane**. Uterine inertia following ovariotomy. *Lamet.* Lond., 1890, II, 445. — **Drappier**. Kyste dermoïde de l'ovaire. Disposition particulière de la trompe du côté opposé. *J. d. sc. m.* Lille, 5 décembre 1890, p. 535. — **Duchateau**. Grand kyste uniloculaire de l'ovaire avec masse latérale polykystique. *J. d. sc. m.* Lille, 26 septembre 1890, p. 306. — **Fargas** Note sur un cas de hernie inguino-labiale de l'ovaire droit avec gros kyste réticulaire du même organe. *Arch. de Toc*, 1890, n° 11, p. 767. — **Garbuzoff**. Cystoma ovarii multiloculare adenopapillaire proliferum. *Objazat. pat. anat. izlied. stud med. imp.* Charkov. Univ., 1890, p. 71 79. — **Lediard**. A case of ovarian tumour, ovariotomy, formation of faecal fistula ; recovery. *Lance.t* London, 1890, t. II, p. 921. — **Maklakowski**. Cystosarcoma utriusque ovarii ; hernià umbilicalis ; ascites ; ovariotomia duplex ; excisio sacri herniosi. *Gaz. lek.*, Warsawa, 1890, p. 571. 576. — **More Madden (Th.)**. Ovarian herniae, their causes, symptoms and treatment. *Prov. med Journ.* Leicester, 1890, p. 545. — **Ohage**, Ovariotomy during Pregnancy. *Northwest Lancet.* St Paul, 1890, X, 317. — **Pascale**. Cistoma in donna gravido ; suppurazione dentro il tumore e nel peritones pelvico, cronica infezione febbrile simplice ; operazione ; morte. *Riv. clin. d. Univ. di Napoli*, 1890, XI, 48-45. — **Pfaff**. Ovariotomy for the cure of insanity. Ultimate result of an operation reported at the Union County Medicale Society. *Weekly med. rev.* St Louis, 1890, XXII, 282. — **Poullet**. Kyste mucoide de l'ovaire. *Lyon méd.*, 7 octobre 1890, p. 481. — **Schramm et Nelsen**. Zur Kenntniss der Tubo-ovarialcysten. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIX, Hft. 1. p. 16. — **Spanton**. On the treatment of Uterines tumours by Electrolysis. *Prov. med. Journ.* Leicester 1890, p. 540. — **Taylor**. Sequel to a case of ovariotomy. *Edinb. m. J.*, novembre 1890, p. 440.

ORGANES URINAIRES. — **Cristovitch**. Kyste multiloculaire très douloureux de l'ovaire enclavé dans un bassin rétréci, ovariotomie dans l'extrême anémie ; succès opératoire ; mort par anurie. *Bull. gén. de thérapeut.*, etc. Par., 1890, 126-131. — **Dubuc**. Deux cas de lithotritie chez la femme. *Union méd.* Par., 1890, 184-188. — **Kelly**. Kolpo-ureterotomy ; incision of the ureteral through the vagina, for the treatment of ureteral stricture. *Johns Hosp. Rep.* Balt., 1890, II, 234-242 ; — Report of the urinary examination of ninety-one gynecological cases. *Johns Hopkins Hosp. Rep.* Balt., 1890, II, 216-219. — **Magruder**. Removal of a large vesical calculus per vaginam. *Practice.* Richmond, 1890, IV, 298-301. — **Moore**. The female urethra ; a source of trouble often overlooked in our gynæcological investigations. *Atlanta M. and S. J.*, 1890 91, VII, 385-395. — **Nordmann**. Ueber einen Fall von Cervico-vaginalfistel. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXIV, Hft 1, p. 33. — **Van de Warker**. Stricture of the urethra in women. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1890, XV, 490-495. — **Winterhalter**. *Zur Enstehung der Scheiden-Harnfisteln mit besonderer Berücksichtigung der durch Geburtstrauma bedingten. Falle*, Munchen, 1890.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — Voir AFFECTIONS PÉRI-UTÉRINES OVAIRES. — **Audry**. De l'intoxication iodoformée consécutive au tam-

ponnement péritonéal de Mickulicz (cinq observations) *Lyen Medical*, 16 novembre 1890, 357. — **Boldt**. Peritonitis due to rupture of an ovarian hœmatoma ; laparotomy; recovery. *Ann. Gyn. Pœdiat.* Phila., 1890, I, IV. 6,12. — **Cario**. Zwei bemerkenswerthe Fälle von Ileus vor und nach der Laparatomie, beide mit Ausgang in Heilung, *Arch. f. Gyn.* 1890, Bd. XXXIX, Hft. 2. p. 291, **Desiderius**. Ueber die an der, selben Person wiederholten Laparatomien *Zeit f. Geb. u. Gyn.* 1890. Bd, XX, Hft. 2. p. 384. — **Elmassian (Agop)** Contribution à l'étude de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, *Th. Paris*, 1890-91 4 nº 25. — **Kalterborn**. Versüche uber die Enstehungsbedingungen peritonaler Adhässionen nach Laparotomien. *Cent. f. Gyn.* 1890, Nº 51 p. 914. — **Thornhton Knowsley** Abstract. of adress on abdominal surgery past and present. *The Lancet*, London, 1890, t. II, p. 912. — **Walcher**. Tamponade der Bauchhöle. *Cent. f. Gyn.* 1890 nº 46, p. 817.

VARIA (Troubles nerveux, aménorrhée). — **Chevallereau**. Sur l'hémianopsie consécutive à des hémorrhagies utérines. *Arch. de toc.*, 1890, 722. — **Edis**. *Sterility in women, including its causation and treatment.* Lond., 1890. — **Herman (E.)**. On Ammenorrhea with mental depression, and from mental shock. *Lancet.*, Lond 1890, II, 764.— **Taylor (L.)**. Neurasthenia in its relations to menstrual pains. *Med. Age.* Détroit. Michigan, 1890, p. 293.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Price**. Occipito-sacro-iliac presentations. *N. Am. J. Homœap.* N.-Y., 1890, 579-584.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OSTÉTRICALES. — **Accouci**. Contribution à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'utérus gravide. *Arch. de toc.*, 1890, nº XI, p. 794. — **Aman**. Einige Versuche mit dem elektrischen Schröpfkopf. *Cent. f. gyn.*, 1890, nº XXXXIII, p. 761. — **Bumm**. Ueber fötale Herzgeräusche. *Sitzunsb. d. phys. med. Gesellsch. zu Würzb.*, 1890, 479-485. — **Czerny**. Ueber das Colostrum. *Prag. med. Wchschr.*, 1090, XV, 401, 416. — **Demange**. Sécrétion loctée pendant une grossesse nerveuse. *Mém. Soc. de méd. de Nancy* (1888-89), 1890, 34, 37. — **Dubner**. Untersuchungen über den Hämoglobingehalt des Blutes in den letzen Monaten der Graviditas und im Wochenbette. *Münch. med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 517-537-551. — **Haushalter**. Recherches bactériologiques dans quelques cas d'infection puerpérale. *Arch. de toc.*, 1890, nº X, p. 713. — **Landau**. Ueber einige Anomalien der Brustdrüsensecretion. *Deutsch. m. Wchnsch.* Leipz., 1890, XVI, 745-747. — **Pilliet**. Le foie des éclamptiques. *Gaz. hebdom. de méd.* Paris, 1890, XVII, 349-351. — Nouvelles recherches sur le foie des éclamptiques. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, nov. 1890, p. 600. — **Rieck**. *Ueber die Aetiologie der myxomatösen degeneration der Chorionzotten.* Berlin, 1890. — **Schrœder**. Untersuchungen uber die Beschaffeuheit des Blutes von Schwangeren und Wöcherinnen, sowie über die Zusammensetzung des Fruchtwassers und ihre gegenseitigeng Beziehungen. *Arch. f. gyn.*, 1890. Bd 39, Hft 2, p. 306. — **Vicarelli**. Sulla migrazione esterna dell' uovo. *Annali di ost. e ginec.* Milano, oct. 1890, p. 627.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Auvard**. Nouveau modèle de couveuse pour enfants. *Arch. de toc.* 1890, nº X, p. 709. — **Haanen**.

Die Formveränderung des Unterleibes und die Leibbinde. *Therap. monatsch.*, Berl. 1890, IV, 398-401. — **Pazzi**. Un nuevo forcipe. *Annal. di ost. et ginec.* Milano, octobre 1890, p. 665.

DYSTOCIE. — **Chaleix**. Accouchement spontané dans un bassin rétréci. Engagement du pariétal antérieur le premier. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 754. — **Guzzoni degli Ancarani**. Bacino obliquo ed imbutiforme. *Rassegna di sc. med.* Modena, 1890, 309-323. — **Habit**. Gesichtslage mit Vorfall eines Fusses. *Wien. med. Presse*, 1890, XXXI, 1582-1584. — **Mensinga**. 25 tägige Retention der placenta post-partum ohne Faülnis. *Frauenarzt* Berl., 1890, V, 301. — **Varnier**. Des maladies du fœtus au point de vue de la dystocie (maladies des viscères abdominaux). *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, Octobre 1890, p. 289 ; 353.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Faivre**. De l'accouchement dans le prolapsus utérin irréductible. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*. déc. 1890, p. 651. — **Harvey**. On the surgical aspects of impacted labour. *Indian m. Gaz.* Calcutta 1890, XXV, 198-200. — **Thevard**. Note sur un cas de rétention de placenta chez une femme ayant un utérus bipartitus et un vagin double. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, déc. 1890, 640. — **Althen**. Schwangerschaft in beiden uteris bei Duplicitat der genitalien. *Cent. f. gyn.*, 1890, p. 711.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bernays**. Zwei Fälle von Extrauterinschwangerschaft, durch den Bauchschnitt geheilt. *Deutsch. med. Wchschr.* Leipz., 1890, XVI, 687. — **Branfoot**. Extra-uterine tubal gestation. *Tr. South Indian Branch., Brit. med. Ass.* Madras, 1889-90, III, 198. — **Dewees**. A case of extra-uterine pregnancy, with spontaneous recovery, *med. News*, Philad., 1890, LVII, 330-332. — **Fraenkel**. Ueber die Diagnose und Behandlung der Extra-uterine schwangerschaft in den ersten Monaten. *Jahresb. d. schles. gesellsch. f. vaterl. Kult.*, 1869. Bresl. 1890, LXVII, 33-37. — **Klein** (G.). Zur Anatomie der schwaugeren Tube. *Zeit. f. g. u. gyn.*, Bd XX, Hft 2, p. 288.— **Doléris**. Grossesse extra-utérine et hémato-salpinx ; kyste fœtal, tubaire, extrait par la laparotomie. *Rev. obst. et gynéc.* Paris, 1890, VI, 275-279. — **Meyer**. Grossesse extra-utérine répétée chez le même sujet. *Hosp. Tid.* Kjobenh., 1890, VIII, 677-682. — **Price**. Ectopic pregnancy and puerperal peritonitis. *Am. gyn. et Pædiat.* Philad., 1889-90. III, 629-632. — **Rowan**. Six additional cases of tubal pregnancy. *Austral m. J.*, Melbourne, 1830, XII, 265-276. — **Smolsky**. Traitement et diagnostic de la grossesse tubaire pendant la première moitié de son évolution. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, déc. 1890, 647.— **Herman**. A case in which a second tubal gestation in one patient was diagnosed and removed before rupture. *Brit. m. J.*, Lond., 1890, II, 322.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Auvard**. Relation d'un cas de gémellité où les deux fœtus étaient situés l'un devant l'autre. *Arch. de toc.*, 1890, n° X, p. 711.— **Fog**. Plural births. *Med. Press. and circ.* Lond., 1890, 304-308. — **Habit**. Eine verzörgte Zwillingsgeburt bei einem Abortus im fünften Monate. *Wien. med. Presse*, 1890, XXXI, 1581.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Ernust**. Intrauterine Typhusiufection einer lebensfähigen Frucht. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.* Jena, 1890, VIII, 1888-202. — **Herman** (E.). Note on the measurements of the fœtal head. *Edinb. m. J.*, nov. 1890, p. 452.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. **Biggar**. Three cases of Cæsarean

section, one of which necessitated Porro's operation. *Med. Rec.* N.-Y., 1890, XXXVIII, 344. — **Adam**. A successul case of Porro's operation. *Austral. M. J.* Melbourne, 1890, XII, 300, 304. — **Braun**. Sectio cœsarea nach Porro wegen osteomalacie. Wien klin. Wchschr, 1890, III, 602. — **Dohrn**. Ueber künstliche Frühgeburt. *Wien. med., Presse*, 1890, XXXVII, 482. — **Edebohls**. A new method of suture in perineorraphy. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1890, XXII, 1057-1064. — **Gaulard**. Embryotomie et opération césarienne dans les retrécissements pelviens. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 737. — **Goulliou**. Opération césarienne conservatrice. Guérison de la mère, Enfant vivant. *Arch. de toc.*, 1890, n° II, p. 757. — **Hoffmann**. A plea for the general adoption of the axis-traction forceps, *J. Am, M. Asse.* Chicago, 1890, XV, 528. — **Krause**. *Die methoden, der Pernicoplastik dargestellt im Anschluss an* 30 *nach dem Lawson Taischen Princip operirte Fälle.* Dorpat. 1890. — **Macau**, A case of successful cœsarian section. *The Dub. med. J.*, novembre 1890, p. 361. — **Malle brein**. *Ueber den Zeitpunkt der Wendung bei Querlagen.* Berlin, 1890. — **Nagel**. Erfahrungen über die Anwendung der Achsenzugzange. *Arch. f. gyn.*, 1890. Bd 39 Hft. 2. p. 197. — **Neumer**. Kaiserschnitt wegen eines Riesenkindes. *Med. Monatschr.* N.-Y., 1890, II, 422-425. — **Pantaleo**. Parti prematuri artificiali ed embriotomie eseguite nella clinica ostetrica di Palermo. *Sicilia med.* Palermo, 1890, II, 365-384. **Schimwel**. Anew method of delivering the fœtal head *Marryland, M. J.*, Balt., 1890, XXIII, 508-512. — **Soutwick**. Cephalic version previous to labor for breech presentations ; also, suggestion for the treatment of occipito-posterior positions. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 1064-1074. — **Taylor**. Case of Porro cœsarean section ; both molher and child saved. *Brit. M. J.*, Lond., 1890, II, 733 ; — The use of the obstetric forceps. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 947-955. — **Varnier**. L'opération césarienne à l'Institut obstétrical de Dresde. *Gaz. hebdom. de méd.* Par., 1890, XXVII, 158 ; 361. — **Vinke**. Two cases of cœsarian section by the Saenger method. *Tr. M. Ass. Missouri.* St-Louis, 1889, 117-121.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Alexandre**. Un cas de tétanos à la suite d'une fausse couche. *Bull. Soc. de méd. prat. de Par.*, 1890, 973-976. — **Alexenko**. Etiologie des ruptures spontanées de l'utérus pendant le travail. *J. akush. i jensk, boliez.* St-Pétersb., 1890, IV. 385-399. — **Audry**. Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prœvia. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 729. — **Auvard**. Thrombus pédiculé du vagin chez une femme enceinte de huit mois. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 789. — **Auvard**. Végétations vulvaires de la grossesse. Opération. Guérison durable. *Arch. de toc.* 1890, n° XI, p. 788. — **Beckett**. Albuminuria complicating pregnancy ; with report of two cases. *South. Calif. Pract.*, Los Angeles 1890, 283-288. — **Berry Hart**. On placenta prœvia. *Edinb. m. J.*, nov., 1890, p. 416. — **Blanc**. Pathogénie de l'éclampsie. *Arch. de toc.* 1890, n° XI, p. 747. — **Bonnet**. Rétention du placenta à terme, septicémie, Curage. *Nouv. Archiv. d'obst. et de gyn.* nov., 1890, p. 589. — **Buscarlet**. Môle hydaliforme. Albuminurie. Mort. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI. p. 792. — **Byrne**. Fevers of the puerperal state. *Australas M. Gaz.* Sydney, 1889-90, IX, 273-275. — **Caubet**. Vomissements incoercibles chez une primipare. Accouchement prématuré provoqué à huit mois. Guérison. *Arch. de toc.* 1890, n° XI, p. 769. —

Chantemesse. L'infection puerpérale *Arch. de toc.* 1890, nº X, p. 688. — **Christian**. Arrested development of the ovum by reason of malattachments, and from resulting pathological alterations of the placenta. *Am. Lancet.* Detroit, 1890, XIV, 321-324. — **Deahofe** Puerperal albuminuria *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1890, XV, 460-463. — **Egan**. Rupture of the membranes twenty-five days before the birth of a healthy child. *Med. Rec.* N.-Y. 1890, 457. — **Fehling**. Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalakie. *Arch. f. gyn.*, 1890. Bd 39, Hft 2, p. 197. — **Fraigniaud**. Pneumonie et grossesse. *Arch. de toc.*, 1890, nº XI, p. 781. — **Franz**. Untersuchungen uber den weissen infarct der placenta. *Sect. f. Geb. n. gyn.* Bd XX, Hft 2, p. 237. — **Himmelfarb**. Cas de lésion traumatique du vagin pendant la parturition. *J. akush. i. jensk. boliez.* St.-Petersb., 1890, IV, 400-415. — **Hurry**. Case of symmetrical erysipelas, followed by premature labour; eclampsia on the nineteenth day post-partum twenty eight paroxymus; no renal disease; recovery. *Brit. M. J.*, Lond., 1890, II, 900. — **Jacobsen**. Case of puerperal eclampsia six days after delivery; death. *Lancet.* Lond., 1890, II, 395. — **King**. Wiring the separated symphisis pubis supplemented by a novel pelvic eclamp. *Weekly. M. Rev.* St-Louis. 1890, XXII, 301. — **Kinkead**. Three cases of ruptured Perineum. *The Dubl. M. J.*, oct. 1890, p. 299. — **Kortright**. Accidental hœmorrhage. Brooklyn, M. J., 1890, IV, 646-652. — **Louise Seawig**. Electricity in obstinate vomiting of pregnancy: a case with recovery. *North Am. practitioner*, juillet 1890, Chicago, vol. II, p. 297. — **Luzet et Ettlinger**. Etude sur l'endocardite puerpérale droite et sur ses complications pulmonaires aiguës. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1891, t. I, p. 54. — **Marx**. Accouchement prématuré provoqué par une évolution fœtale. Placenta marginal et cordon très court, enfant bien constitué avec un doigt supplémentaire à chaque main. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, déc 1890, p. 644. — **Mensinga**. Blutungen aus der klitoris bei der Geburt. *Intern. klin. Rundschau.* Wien., 1890, IV, 1237-1239. — **Powell**. A case of secondary hemorrage; its causes and treatment. *St.-Louis, Cour. Med.*, 1890, III, 39-41. — **Prinzing**. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Placenta. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Jena, 1889, VI, 115-130. — **Radziszewski**. Placenta prœvia. *Medycyna*, Warszawa, 1890, XVIII, 530. — **Raméri**. Contributo alla etiologia della placenta prœvia. *Morgani*, Milano, 1890, XXXII, 329-340. — **Rémy**. Relâchement des symphyses du bassin. *Arch. de toc.*, 1890, nº X, p. 698. — **Rivet**. Notes sur un cas de syphilis placentaire. *Rev. obst. et gynéc.* Par., 1890, VI, 266-269. — **Roberston**. Rupture of the pelvic floor; its causes; précaution, Cure. *Glasgow. M. J.*, 1890, XXXIV, 87-97. — **Roncaglia**. Ulteriore contributo allo studio della placenta Marginata. *Ann. di ost. e gynec.* Milano, oct. 1890, p. 610. — **Sack**. Zur Therapie und Atiologie der placenta prœvia. *Cent. f. gyn.*, 1890, nº XXXXIII, p. 765. — **Simpson**. Two cases of placenta prævia. *Brit. med. J.* Lond., 1890, II, 815. — **Smith**. Phlegmonous erysipelas during pregnancy. *Am. J. obst.*, N.-Y. 1890, XXIII, 1,076-1,078. — **Stapfer**. Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs. *Union méd.* Par., 1890, 157-196-220. — **Steffeck**. Bacteriologische Begründung d. Selbsinfection. *Zeit. f. Geb. u. gyn.* 1890,, Bd XX, Hft 2, p. 339. — **Sylvester**. Fibroïd tumor of both ovaries, with uninterrupted progress of gestation to full term. *N. Eng. M.*

Gaz., Bost., 1890, XXV, 397. — **Taylor.** Rupture of the vagina and escarpe of the fœtus and placenta in the peritoneal cavity. *Med. News. Phila.*, 1890, LVII, 397. — **Van der Meij.** Over ruptura uteri gravidi. *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk, en gynœc.*, Haarlem, 1889, I, 235, 270. — **Varnier.** Des procidences. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, novembre 1890, p 321. — **Villa.** Contributo allo studio della polmonite in gravidanza. *Annali di Ost. e Gynec.* Milano, oct. 1890, p. 641.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Auvard.** De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique. *Arch. de toc.*, 1890, nº X, p. 657. **Chassagny.** Traitement des hémorragies utérines par l'appareil elytroptérygoïde. *Lyon med.*, 14 décembre 1890, p. 521. — **Eisenhart.** Sublimatintoxikation (per os) mit gunstigen Ausgang. *Cent. f. gyn.*, 1890, nº L, p. 897. — **Glöcker.** Beitrag zur Asepsis in der Geburshülfe. Klinische Geburt ohne interne Desinfection. *Deutsch. m. Wchschr.*, Leipz, 1890, XVI, 724-727. — **Halbertsma.** Over de actieve behandeling by Eclampsia gravidarum. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk*, Amst., 1890, XXVI, 131-134. — **Hübener.** *Ueber sublimat-und earbolausspülungen des puerperalen utérus, nebst einigen Bemerkungen über die Verwendung des Creolins zu diesem Zweke.* Berlin, 1890. — **Lusk.** Antisepsis in midwifery. *Tr. Ass. Am. Physicians.* Phila., 1890, V, 81-92. — **Raymond.** Traitement chirurgical de la péritonite puerpérale. *Gaz. d. hôp.* Par., 1890, LXIII, 891. — **Scherck.** Asepsis and Antisepsis, as practised in the obstetrical department of the Royal hospital for women in Dresden. *N. Orl. M. et S. J.*, 1890, I, XVIII, 273-278. — **Schouwman.** Over de behandeling von uterus bloe dingen post-portum met tamponade. *Nederl, Tijdschr, v. Verlosk. en gynœc.*, Haarlem, 1890, I, 256-265. — **Stadfeldt,** Die Antiseptik in der Geburshilfe mit besonderer Rücksicht der Hebammenpraxis. *Wien. med. Wchschr.*, 1890, XL, 1,409-1,413. — **Tarnier.** De l'antisepsie par les sages-femmes. *Semain. méd.* Par., 1890, X, 353-355.

VARIA. — **Brunon.** Accouchement chez une primipare sans douleurs vives et à l'insu de la parturiente. *Arch. de toc.*, 1890, nº XI p. 785. — **Chambers.** A case of uterine pregnancy supervening on ectopie gestation, wich had persisted four years. *Intercolon. M. Cong. Tr.* Melbourne, 1889, II, 697-702. — **De Pradel.** Influence du tabac sur la grossesse. *Gaz. méd. de l'Algérie*, Alger. 1890, XXXV, 92; 107. — **Erdmann.** Ueber alte Erstgebarende und ihre Sterblichkeit unter dem Einflusse der Antisepsis. *Arch. f. gyn.*, 1890, Bd 39, Hft I, p. 53. — **Goodell.** Phantom tumours. *Med. News.* Phila., 1890, LVII, 409-411. — **Hope.** Delivery of a nearly normal placenta a year after abortion. *Virginia M. Month.* Richmond, 1890-1, XVII, 540-542. — **Chalmers Cameron.** Some further remarks upon the influence of Leukaemia upon pregnancy and labor. *The Am. J.* Phila., nov. 1890, t. II, p. 479. — **Subtil.** Une fiancée vierge et mère. Curieux cas de fécondation artificielle. *J. de med.de Paris.*, 1890, II, 559-534. — **Tait (L.).** The after history of a case of cœsarean section., *Lancet.* Lond., 1890.

Le gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

# ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ (1)

Par le Professeur **A. Pinard**

Je donne ici le résumé des cent observations qui sont consignées dans mes registres.

J'aurais voulu que ces observations fussent plus complètes et par cela même plus démonstratives ; je reconnais que les lacunes sont nombreuses et j'espère les faire disparaître au moins en partie dans les observations futures. Mais telles qu'elles sont, elles suffiront cependant, je le crois du moins, à montrer ce qu'on doit attendre de l'accouchement provoqué.

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, janvier 1891.

TABL

Comprenant le résumé de cent observations d'accouchement provoqu

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub.	Antécédents (2)	Age de la grossesse	Placement du ballon Tarnier	Apparition des premières douleurs	Expuls du bal
							An
1	E-F.	9c 1/2	—	D. R. 10 mai	19 fév. 10 h. mat.	Immédiate.	:
2	D.	8c 3	1 accouch. à terme. Basiotripsie.	D. R. 8 juillet	3 mars 9 h. mat.	3 mars midi	:
3	B.	8c	1 accouch. à terme. Version. Enfant mort.	D. R. 6 juillet	2 avril 10 h. mat.	Immédiate.	2 avril 5
4	P.	9c 1/2	—	D. R. 11 nov.	4 juill. 10 h. mat.	Immédiate.	[illegible]
5	G.	9c 3	—	D. R. 20 déc.	4 août 10 h. mat.	4 août 8 h. sr	5 août 1
6	M.	10c scolio-rachitique	—	8 mois 1/2	27 août 10 h. mat.	27 août 6 h. sr	27 août
7	H.	8c 1/2	2 accouch. ant. ayant nécessité deux céphalotripsies (dans le service).	D. R. 7 février	19 oct. 10 h. mat.	19 oct. 3 h. sr	20 oct sans d de tra 21 oct 2e ballo gros, ex dans la sans tr Dilata de Barn
8	M.	10c 2	—	D. R. 19 mars	23 déc. 11 h. mat.	23 déc. à 1 h.	23 déc 10 h.
							A
9	P.	Obliq. ovalaire	1 accouch. à terme. Céphalotripsie	D. R. 18 oct.	16 mai 10 h. mat. deux ballons crèvent.	Quelques instants après.	5 h. 1 Le 1 à 10 h. on in une qu'on le Le 20 m sonde grosse, à der jusqu'

(1) Quelques-unes de ces observations datant de 1888 et 1889 ont déjà paru dans le t
(2) Le tiret dans la colonne *antécédents* indique la *primiparité*.
(3) La dénomination : *terminaison spontanée*, implique la présentation du sommet.

ATISTIQUE

Maternité de Lariboisière et à la Clinique Baudelocque, de 1883 à 1891 (1)

...pture des membranes	Dilatation complète	Terminaison (3)	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfan...
...83					
...ontanée. ... février, ... 1/2 matin	20 février, 10 h. matin.	Spontanée. 10 h. 45 matin	Vivant. Garçon. 2750 gr.	Physiologiques.	28 février. Enfant pesant 3070 gr.
...rtificielle ... dilatation ...omplète	6 mars, 9 h. mat.	Spontanée. 6 mars, 10 h. mat.	Vivant. Garçon. 1370 gr.	Physiolog.	16 mars. Enfant mort le 4e jour.
...tificielle ... dilatation ...omplète	4 avril, 9 h. mat.	Application infructueuse de forceps. Basiotripsie à 11 h. 50 matin	Mort. Garçon. 2580 gr. sans substance cérébrale	Physiolog.	15 avril.
...tificielle ... dilatation ...mplète	5 juillet, 10 h. matin.	Version à 10 h. 1/2	Vivant. Fille. 1730 gr.	Physiolog.	15 juillet. Enfant mort 24 heures apr. la naissance
...ontanée. ...t, 5 h. soir	Quelques minutes après	6 août, 5 h. 1/2 s.	Vivant. Garçon. 1800 gr.	Physiolog.	16 août. Enfant bien portant.
...tificielle. ...ût, 2 h. soir	29 août, 4 h. soir	Spontanée. 29 août, 5 h. soir	Vivant. Garçon. 2700 gr.	Physiolog.	17 septembre. Enfant pesant 3060 gr.
...tificielle. ..., 8 h. mat.	24 oct., 8 h. mat.	Basiotripsie.	—	Physiolog.	3 novembre.
...ificielle ... h. soir	24 décembre, 9 h. 1/2 matin	Forceps. 10 h. 1/2 matin	Garçon vivant. 3300 gr.	Physiolog	10 janvier. Enfant pesant 3320 gr.
...4					
...ntanée. ... 11 h. soir. ...cidence ...cordon. ...pulsion.	22 mai, 1 h. mat.	Version. 22 mai, 1 h. mat.	Garçon. 2500 gr. Né en état de mort apparente. Ranimé après 40 minutes d'insufflation.	Patholog.	12 juin. Sortie bien portante. Enfant en bon état. Revu en bonne santé en 1886.

...cteur Champetier, *loc. cit.*

Nos	Ini-tiales	Bassin Diam. pr-s-pub.	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon Tarnier	Apparition des premières douleurs	Expul… du ba…
10	R.	9c 1/2	Secondipare	D. R. 17 mars.	3 déc. 10 h. mat. Trois ballons se rompent successivement. Introduction d'une sonde.	Peu après	Extr… de la … le 4 dé… à 3 h. d…
11	B.	10c 1/2	1 accouch. en Belgique. Forceps. Enfant mort le 4e jour.	Près du terme.	22 déc. 10 h. mat.	22 décembre midi 1/2	Intact … l'expu… de la …
							A…
12	D.	10c	1 accouch. prématuré à 8 mois. Enfant vivant.	D. R. 8 mars.	2 janv. 10 h. 1/2 matin. Introduction le 3 janvier à 10 h. matin d'un dilatateur de Barnes	3 janv. midi.	Dans l… du 3 j…
13	C.	9c 1/2	Secondipare.	Près du terme.	2 févr., 11 h. mat.	1 h. apr.-midi	2 fév., …
14	P.	9c 1/2	1 céphalotripsie à terme. 1 accouch. prov. à 7 m. 1/2. Version. Enfant mort.	D. R. 20 sept.	16 mai, 10 h. 1/2 matin.	16 mai, 4 h. sr	16 mai, …
15	I.	9c	—	8 mois.	20 juin, 10 h. mat.	dans l'après-midi.	Expuls… après … de l'e…
16	L.	10c	—	D. R. 18 nov.	3 août, 10 h. mat.	9 h. 1/2 soir	3 août, … sans … Intro… d'une … à 9 h…
17	M.	10c	—	D. R. 20 nov.	28 août, 9 h. mat.	28 août, midi	
18	D.	8c 3	1 accouch. Basiotripsie.	7 mois 1/2	5 mars.	5 mars.	

…ture des membranes	Dilatation complète	Terminaison	État des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie État de l'enfant
…pontanée. …décembre, …1/2 matin	5 déc., 7 h. mat.	Spontanée. 8 1/2 matin (Face)	Fille vivante. 2900 gr.	Physiolog.	14 décembre. Mère et enfant en bon état.
…éc., 3 h. mat.	23 déc. 8 h. mat.	Spontanée. 23 déc. 10 h. 1/2	Garçon vivant. 3750 gr.	Physiolog.	1er janvier. Mère et enfant en bon état.
…85					
…janvier. …ation de 2 fr.	3 janv., 6 h. soir	Spontanée. 7 h. 1/2	Garçon vivant. 3600 gr.	Physiologiques.	11 janvier. Mère et enfant en bon état.
…pontanée. …., 9 h. mat.	3 fév., 6 h. 1/2	Spontanée. 3 fév., 7 h. mat.	Garçon vivant. 3000 gr.	Physiolog.	13 février. Enfant pesant 3000 grammes à la sortie.
…ai au matin	18 mai, 3 h. 1/2 matin.	Spontanée. 18 mai, 7 h. mat.	Fille vivante. 1250 gr.	Physiolog.	28 mai. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
…ontanée. …l juin	22 juin, 10 h. 1/2 soir.	Spontanée. 22 juin, 11 h. 1/2 soir.	Garçon vivant. 2500 gr.	Physiolog.	4 juillet Enfant pesant 2650 grammes.
…ontanée. …, 2 h. mat.	4 août, 3 h. mat.	4 août, 3 h. mat.	Fille vivante. 2300 gr.	Physiolog.	13 août. Enfant pesant 2300 grammes.
…ontanée. …ût, 9 h. soir	30 août, 4 h. mat.	Spontanée. 30 août, 5 h. 1/2 matin.	Garçon. 2900 gr. Mort apparente. Ranimé après 1 h. 1/2 d'insufflation.	Physiolog.	9 septembre. Enfant mort le 31 août.
…86					
…tificielle. …s, 2 h. mat.	6 mars, 6 h. mat.	Spontanée. 6 mars, 10 h. matin.	Garçon vivant. 1370 gr.	Physiolog.	17 mars. Enfant mort dans la couveuse le 4e jour.

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon Tarnier	Apparition des premières douleurs	Expulsi du ball
19	B.	8c	1 accouch. Version. Enfant mort.	8 mois 1/2	2 avril, 10 h. mat.	Immédiate	2 avril, 5 h
20	J. G.	9c 3	Primipare.	7 mois 1/2	4 août, 10 h. mat.	4 août, 8 h. s'	5 août 11 h
21	A. M.	8c 5	Primipare.	8 mois 1/2	27 août, 10 h. mat.	27 août, 2 h. sr	?
22	H. H.	8c 5	2 accouch. ant. 2 céphalotripsies.	8 mois 1/2	19 oct. (1er ballon) 2e introduction d'un bal. Tarn 3e introduction d'un ballon de Barnes.	Dès l'introduction des ballons, cessant après leur expulsion.	?
23	L. M.	10c	Primipare.	Près du terme.	23 déc. 10 h. mat.	23 déc., midi	23 déc. 1(

An

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon Tarnier	Apparition des premières douleurs	Expulsi du ball
24	F. A.	Asymétrique	Primipare.	Près du terme.	4 janvier. Introduction d'un 2e ballon le 5 janvier à 10 h. du matin.	Vers minuit le 4 janvier	Le 1er à à 2 h. le 4 ja Le 2e ex le 5 ja à 9 h.
25	J. M.	10c2	1er accouch. Enfant macéré. 2e accouch. Enfant macéré.	8 mois	26 février, 10 h. matin.	26 fév., midi	?
26	M. C.	10c5	1er accouch. provoqué.	8 mois et 1/2	Deux introductions du ballon le 5 mai.	5 mai, 1 h. soir	?
27	J. D.	9c2	Primipare.	Près du terme.	Introduction d'un ballon Gariel le 27 juilllet à 10 h. matin	27 juillet, 11 h. soir	?
28	J. B.	9c8	1 accouch. à terme. Forceps. Enfant mort.	8 mois et 1/2	Ballon Champetier 25 août 11 h. mat.	25 août, 1 h. soir	?

…pture des membranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
…rtificielle. …ril, 10 h. mat.	4 avril 10 h. mat.	Forceps infructueux. Basiotripsie le 4, à 11 h. mat.	Garçon. 2880 gr. sans substance cérébrale.	Physiolog.	17 avril.
…pontanée. …oût, 5 h. soir	6 août, 5 h. soir	Spontanée. 6 août, 5 h. 20 s^r	Garçon placé dans la couveuse, se développe bien	Physiolog.	17 août. Enfant en bon état.
…pontanée. 29 août.	29 août, 4 h. soir	Spontanée. 29 août, 5 h. soir	Garçon vivant. 2700 gr.	Physiolog.	18 septembre. Enfant en bon état.
…rtificielle. Dilatation …me la paume …e la main.	24 oct., 8 h. 40 du soir	Basiotripsie deux broiements le 24 oct. à 9 h. s^r	Fille. pesant 2000 gr. sans substance cérébrale.	Physiolog.	4 novembre.
…rtificielle … dilatation complète.	24 déc. 9 h. 1/2 matin	Forceps le 24 à midi.	Garçon vivant. 3300 gr.	Physiolog.	3 janvier. Enfant en bon état.

…187

…rtificielle, …e 6 janv. …h. 1/2 matin	6 janv., 11 h. 1/2 matin.	Spontanée. le 6 janv. à 1 h. soir.	Fille vivante 1980 gr.	Physiol.	16 janvier. Enfant en bon état.
…pontanée, … à 5 h. mat.	28 fév., midi.	Forceps au détroit inf.	Enfant vivant 2500 gr. légère paralysie faciale.	Physiol.	10 mars. Enfant en bon état.
…pontanée, au début …u travail,	6 mai, 9 h. 1/2 soir.	Spontanée le 6 à 10 h. soir.	Enfant vivant 2650 gr.	Physiol.	30 mai. Enfant en bon état.
…ficielle, le 28 … h. 50 soir.	Le 28 à 6 h. 50 soir.	Basiotripsie.	Enf. 3020 gr. sans substance cérébrale.	Physiol.	7 août.
…rtificielle, … dilatation …omplète	Le 25 à 11 h. s^r	Version à minuit	Enfant pesant 2930 gr. Mort pendant le travail.	Physiol.	5 septembre.

Nos	Ini-tiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expuls du ball
29	M. B.	Promon-toire acces-sible.	Primipare.	8 mois et 1/2	Ballon Tarnier 22 novembre, 10 h. matin.	22 novembre 2 h. soir.	[illegible]
30	L. C.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois	Ballon Tarnier 22 novembre 10 h. matin. Dilatateur Barnes, le 26 à 10 h. matin.	Immédiate après l'intro-duction du ballon Tarnier, cessant avec son expulsion, reparaissant après l'intro-duction du Barnes.	[illegible]
31	H.	Rétréci.	—	8 mois	Deux introduc-tions du ballon Tarnier le 2 décembre.	4 déc. à 10 h. matin.	[illegible]
32	D.	8c 3	1er accouch. provoqué 7 mois 1/2. Enfant mort. 2e accouch. Basiotripsie. 7 mois	—	Ballon Tarnier le 2 décembre Trois introduc-tions du ballon de Barnes.	7 déc. à 10 h. matin.	[illegible]

An

Nos	Ini-tiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expuls du ball
33	N.	Rétréci et asy-métriq.	Primipare	Près du terme.	Ballon Tarnier le 14 janvier à 10 h. matin	14 janv., 2 h. soir.	15 ja 2 h. s
34	B.	Rétréci.	—	Près du terme.	1re introd. du ballon Tarnier le 30 janvier, 10 h. matin. 2e introd. le 1er février.	2 fév. midi.	1er bal expu le 30 jan le 2e le 1 6 h. s
35	T.	Oblique ovalaire	1 accouch. ant. Basiotripsie	8 mois	Ballon Champetier, 31 mai, 10 h. mat.	31 mai midi.	[illegible]
36	D.	10c	4 accouch. 1er siège. 2e sommet. 3e épaule. 4e ?	8 mois.	Ballon Champetier, 14 juin, 11 h. matin.	le 15 à 6 h. soir.	le 15 à 9
37	R.	—	8 accouch. antér.	8 mois et 1/2	Ballon Champetier. le 15 juin à 10 h. matin.	le 15 à 1 h. soir.	[illegible]

…ture des …mbranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
…pontanée, … dilatation complète.	Le 23, à 6 h. matin.	Spontanée, le 23 à 6 h. 1/2 matin.	Enfant vivant. 2730 gr.	Physiol.	2 décembre. Enfant en bon état.
…pontanée. … dilatation …mplète.	Le 26, à 10 h. 1/2 soir.	Spontanée, le 26 à 10 h. 45 soir.	Enfant vivant. 2550 gr.	Physiol.	6 décembre. Enfant en bon état.
…ontanée. … dilatation …mplète.	5 déc., 3 h. mat.	Spontanée, 5 déc. à 5 h. 1/4 matin.	Enfant vivant. 2050 gr.	Physiol.	16 décembre. Enfant en bon état.
…ficielle, … dilatation …mplète.	7 déc., 9 h. soir	Forceps, le 8 à 3 h. 1/2 matin.	Enfant mort pendant le travail. 2300 gr.	Physiol.	22 décembre.
…s					
…anée, le 15 … h. soir.	le 16, à 8 h. 1/2 soir	Forceps. au détroit supr le 16, à 10 h. soir	Enfant vivant. 3060 gr.	Physiol.	27 janvier. Enfant en bon état.
…ficielle, … fév. 10 h. …atin.	2 fév, 6 h. 1/2 soir,	Spontanée, 2 fév. 8 h. soir.	Enfant vivant. 3350 gr.	Physiol.	18 février. Enfant en bon état.
…ficielle, … dilatation …mplète.	31 mai 7 h. soir	Version 31 mai 7 h. soir.	Enfant vivant. 3220 gr.	Physiol.	16 juin. Enfant en bon état.
…née, le 15 … h. soir.	le 15 à 9 h. soir	Version céphalique par manœuvre ext. Accouch. spontané, le 15 à 10 h. soir.	Enfant vivant. 2380 gr.	Physiol.	29 juin. Enfant en bon état.
…elle, après …pulsion … bras … cordon …saient …dence.	?	Spontanée, le 15 juin à 6 h. 40 soir.	Enfant vivant. 2800 gr.	Physiol.	24 juin. Enfant mort le 3e jour.

Nos	Ini-tiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expuls du bal
38	P.	Rétréci	—	8 m. 1/2	Bal. Champetier le 26 avril à 10 h. matin	26 avril, 10 h. matin	?
39	C.	11c 1/2	Secondipare	8 m. 1/2	Bal. Tarnier 30 avril à 10 h. matin Bal. Champetier le 2 mai.	2 mai, 1 h. 1/2 soir,	1er ballo 1er mai 3 Bal. Ch tier, 2 10 h.
40	G.	9c 1/2	Secondipare. 1 accouch. Enfant petit, mort quelques jours après sa naissance.	Près du terme.	Bal. Champetier 21 juillet 10 h. matin.	21 juillet, 11 h. 1/2 m.	?
41	P.	Obliq. ovalaire	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 24 juillet 10 h. matin.	24 juillet, 1 h. 1/2 soir	?
42	D.	Exostose de la symphyse sacro-iliaque gauche.	—	8 mois.	Bal. Champetier 30 juillet 10 h. matin.	30 juillet, 2 h. soir.	?
43	L.	8c 8	2 accouch. ant. 2 applications de forceps.	8 mois.	Bal. Champetier 30 juillet 10 h. matin.	30 juillet, 2 h. soir.	
44	P.	9c 3	2 accouch. ant. 1er accouch. basiotripsie. 2e accouch. prov. 7 m. 1/2. Version. Enfant mort.	7 mois 1/2	Bal. Champetier 5 octobre 10 h. matin.	5 octobre, 1 h. soir.	
45	B.	9c 7	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 6 octobre 10 h. matin.	6 octobre, midi.	
46	G.	Rétréci		7 mois 1/2	Bal. Champetier 20 octobre 10 h. matin.	20 octobre, vers midi.	
47	D.	Rétréci dans tous ses diamètr.	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 28 octobre 10 h. matin.	le 28 à 11 h. du soir	
48	P.	Cyphose Bassin vicié au détroit infér.	2 accouch. provoqués.	Près du terme.	Bal. Champetier 10 décembre à 10 h. matin.	10 décembre à midi.	

...pture des ...mbranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
...ontanée, ... dilatation ...omplète	26 avril, 8 h. soir	Spontanée, le 26 à 8 h. 40 s.	Enfant vivant. 2720 grammes.	Phisiologiques	5 mai. Enfant en bon état.
...ificielle ...ilatation ...plète.	2 mai, 8 h. soir	Spontanée, le 2 mai 8 h. ½ s.	Enfant vivant. 2720 grammes.	Physiolog.	11 mai. Enfant en bon état.
...ntanée. ...ilatation ...omplète.	le 21 à 2 h. 20 s.	Forceps, le 21 à 7 h. soir	Enfant vivant. 3650 grammes.	Physiolog.	31 juillet Enfant en bon état.
...tificielle, ... dilatation ...omplète.	24 juil., 5 h. ½ s.	Version, le 24 à 7 h. soir	Enfant vivant. 2930 grammes.	Physiolog.	18 août. Enfant en bon état.
...ontanée, ... juillet ... h. 15 soir.	30 juil., 10 h. s.	Version, 30 juil. 10 h. 15 s.	Enfant vivant. 2050 grammes.	Physiolog.	9 août. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
...tificielle, ... dilatation ...plète.	30 juil., 10 h. s.	Version, 30 juil. 10 h. ½ s.	Enfant vivant. 2100 grammes.	Physiolog.	13 août. Enfant en bon état.
...ficielle, ... dilatation ...omplète.	Le 5 à 8 h. soir.	Forceps, le 5 à 10 h. soir	Enfant vivant. faible 2200 gr.	Physiolog.	16 octobre. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
...tificielle, ... dilatation ...omplète.	6 oct. à 7 h. s.	Forceps, le 6 à 7 h. 20 soir	Enfant vivant. 2780 grammes.	Physiolog.	15 octobre. Enfant en bon état.
...maturée, ...octobre.	Le 20 à 10 h. ½ s.	Forceps, le 20 à minuit	Enfant vivant. 1870 grammes.	Physiolog.	2 novembre. Enfant en bon état.
...ntanée, ... 10 h. soir.	?	Basiotripsie (2 broiements) 31, à midi	Enfant pesant 3500 grammes, sans substance cérébrale.	Elévat. de températ. maximum 38°, 5 du 3e au 5e jr.	28 novembre. Tr. bien portante.
...ficielle, ... dilatation ...omplète.	10 déc. à 5 h. ½ s.	Forceps au dét. inférieur le 10 à 3 h. 3/4	Enfant vivant. 2900 grammes.	Physiolog.	23 décembre. Enfant en bon état.

N^{os}	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expulsi du ball
49	B.	Rétréci.	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 11 décembre 10 h. matin.	N'a pas eu de douleurs.	?
50	P.	Rétréci.	Secondipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 18 décembre 10 h. matin.	18 décembre à midi 1/2	?
							Ass
51	P.	Rétréci.	2 accouch. ant. 1[er] forceps 2[e] accouch. prov. à 8 mois	7 mois 1/2	Bal. Tarnier, 5 janvier, 10 h. matin	5 janv., 1 h. s.	?
52	R.	Rétréci.	1[er] accouch. à terme. Forceps.	8 mois.	1[er] Bal. Tarnier, 5 janvier, 8 h. matin Expulsé et remp. par un dilatat. Champetier, le 5 à 10 h. du soir.	5 janv., 6 h. s.	?
53	F.	—	Secondipare.	8 mois.	Bal. Tarnier remplacé par le dilatateur Champetier, le 16 janvier à 10 h. matin.	16 janvier, 9 h. soir.	?
54	M.	9[c] 1/2	Primipare.	Près du terme.	Bal. Tarnier remplacé par le dilatateur Champetier, le 25 janvier à 10 h. matin.	25 janvier, 4 h. soir.	?
55	P.	Rétréci.	5 accouch. à terme. 4 applications de forceps. 1 extraction par le siège.	8 mois 1/2	Bal. Champetier, 2 mars, 10 h. matin.	2 mars, midi.	?
56	F.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois.	Bal. Champetier, 7 mars, 10 h. matin.	7 mars, midi.	?
57	M.	Asymétrique.	1 accouch. ant. provoqué. Forceps.	8 mois.	Bal. Champetier, 8 mars, 10 h. matin.	8 mars, 11 h. matin.	?
58	N.	Obliq. ovalaire.	1 accouch. prov. à 8 m. 1/2	8 mois 1/2	Bal. Champetier, 8 avril, 10 h. matin.	8 avril, 2 h. s.	?

…pture des …embranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la Sortie Etat de l'enfant
…cidentelle …troduisant …ballon.	11 déc. à 5 h. ½ s.	Forceps au dét. supérieur 11 déc. à 5 h. ½ s.	Enfant mort pendant le travail 3470 grammes.	Physiolog.	26 décembre
…cidentelle …troduisant …ballon.	Le 18 à 3 h. 50	Extraction du siège le 18 à 4 h. soir	Enfant vivant 3050 grammes.	Physiolog.	28 décembre Enfant mort le 3e jour.
…889					
…rtificielle, …à 10 1/2 mat.	6 janvier, à 10 h. 1/2 mat. rétrocession du travail.	Spontanée, le 7 à 8 h. mat.	Enfant vivant. 2500 gr.	Physiologiques	18 janvier. Enfant en bon état.
…rtificielle, … dilatation …omplète.	6 janv., 1 h. s.	Version, 6 janvier 1 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2400 gr.	Physiolog.	20 janvier. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
…rtificielle, … dilatation …omplète.	17 janvier, 5 h. 1/2 soir.	Forceps au détr. supérieur, le 18 à 11 h. matin.	Enfant mort pendant le travail. 2000 gr.	Physiolog.	29 janvier.
…rtificielle, … dilatation …omplète.	26 janvier, 9 h. 1/2 matin.	Forceps au détr. supérieur, le 26 à 10 h. 1/2 mat.	Enfant vivant. 3280 gr.	Physiolog.	6 février. Enfant en bon état.
…rtificielle, … dilatation …omplète.	2 mars, 6 h. 1/2 soir.	Forceps au détr. sup., le 2 mars à 7 h. 1/2 soir.	Enfant mort. 3750 gr.	Physiolog.	14 mars.
?	8 mars, minuit.	8 mars, 4 h. 1/2 matin. Siège.	Enfant mort pendant le travail. 2730 gr.	Physiolog.	18 mars.
…rtificielle, … dilatation …omplète.	8 mars, 5 h. 1/2 soir.	Spontanée, 8 mars, 6 1/4 soir.	Enfant vivant. 2610 gr.	Physiolog.	21 mars. Enfant en bon état.
…rtificielle, … dilatation …omplète.	9 avril, à 10 h. matin.	Spontanée, le 9 avril, à midi 1/2.	Enfant vivant. 2100 gr.	Physiolog.	23 avril. Enfant en bon état.

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expulsi[on] du ballo[n]
59	M.	Rétréci	1 accouch. prov. à 8 m. 1/2	8 mois	Bon Tarnier 12 avril 9 h. matin Bon Champetier le 13 avril à 9 h. matin	?	?
60	S.	Rétréci	4 accouch. 2 spontanés. 1 forceps. 1 accouch. provoqué	8 mois	Bon Champetier 12 avril 10 h. matin	12 avril midi	?
61	L.	Rétréci	Tertipare	8 mois 1/2	Bon Tarnier 22 avril 10 h. matin Bon Champetier 24 avril	24 avril 2 h. matin	?
62	C.	Coxalgique	—	Près du terme	Bon Tarnier 11 mai 10 h. matin Bon Champetier 13 mai 10 h. matin	12 mai 7 h. s	?
63	A.	Rétréci.	3 accouch. ant. 1er sommet enf. macéré. 2e siège, mort pendant le travail. 3e accouch. prov. à 8 mois.	8 mois.	Bal. Tarnier, 20 mai. Bal. Champetier, 22 mai.	22 mai, 4 h. matin.	?
64	D.	Petit. Rétréci et symétrique.	1er accouch. prov. à 7 mois et une semaine.	8 mois 1/2	Bal. Champetier, 7 octobre, 9 h. 1/2 matin.	7 oct., midi.	7 oct., 6
65	M. B.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois 1/2	Bal. Champetier. 10 octobre, 9 h. 1/2 matin.	10 oct., 6 h. s.	11 oct.,
66	F. B.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois 1/2	Bal. Tarnier, le 30 octobre, 9 h. 1/2 matin.	31 octobre, 5 h. matin.	Derri[ère] l'enfa[nt]
67	C.	9c 1/2	Primipare.	8 mois.	Bal. Tarnier, 10 h. matin. Bal. Champetier, à 3 heures, le 10 novembre.	Immédiate.	Bal. Ta[rnier] à 2 heu[res]
68	M.	9c	1er accouch. à 7 mois, 2e accouch. à terme Basiotripsie.	7 mois.	Bal. Champetier, 28 nov. 10 h. mat.	28 nov. 1 h.	28 nov.,

…ture des …mbranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
…tificielle …dilatation …omplète	13 avril, midi 1/2	Spontanée. le 13 à midi 50	Enfant vivant. 2090 gr.	Physiolog.	16 mai. Enfant en bon état.
…tificielle …dilatation …omplète	12 avril 6 h. 1/2 soir	Version le 12 à 7 h. soir	Enfant vivant. 2190 gr.	Physiolog.	2 mai. Enfant en bon état.
…tificielle …dilatation …omplète	24 avril à 1 h. 1/2 soir	Siège. Version céphalique par man. externe. Accouch. spontané par le sommet le 24 à 3 h. soir	Enfant vivant. 2750 gr.	Physiolog.	9 mai. Enfant en bon état.
…tificielle …dilatation …omplète	13 mai 7 h. s^r	Version le 13 à 7 h. soir	Enfant vivant 3350 gr.	Physiolog.	26 mai. Enf. en bon état
…tificielle, …dilatation …omplète.	22 mai, 10 h. s.	Version, 22, à 10 h. soir.	Enfant vivant. 2800 gr.	Physiolog.	1er juin. Enfant en bon état.
…ificielle, …l'expulsion …ballon.	7 oct., à 8 h.	Spontanée, 7 oct., 9 h. 1/2.	Enfant vivant. 3220 gr.	Physiolog.	17 octobre. Enfant en bon état.
…ificielle, …h. 1/4.	1 heure 1/4.	Siège, le 11 oct., 1 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2560 gr.	Physiolog.	27 octobre. Enfant mort le 11e jour. Spina bifida.
…ontanée, …, 6 h. …matin.	31 octobre, 4 h. soir.	Spontanée, 31, 4 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2700 gr.	Physiolog.	15 novembre. Enfant en bon état.
…dilatation …omplète.	A 6 h. du soir.	Spontanée, à 6 h. 1/2.	Enfant vivant. 2200 gr.	Physiolog.	23 novembre. Enfant en bon état.
?	28, à 9 h. 1/2 s.	28, nov. 10 h. s. Siège.	Enfant vivant. 1600 gr.	Physiolog.	14 décembre. Enfant mort le lendemain de sa naissance.

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Ex du
							A
69	M.	Rétréci	1er accouch. à terme Basiotripsie	Près du terme	Bon Champetier 3 janv. 10 h. mat.	?	3 janv.
70	B.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Champetier 27 janv. 9 h. mat.	?	27 jan
71	B.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Champetier 15 fév. 10 h. mat.	?	15 fév
72	L. G.	Cyphotique	1 accouch. prov. à 8 m.	7 mois 1/2	Ballon Tarnier 15 fév. 10 h. mat. Bon Champetier 16 fév. 11 h. mat.	?	1er bon le 16 à le 2e à 6
73	S.	Rétréci	Tertipare	Près du terme	Bon Champetier 10 mars 10 h. m.	3 h. soir	6 h.
74	B.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Champetier 22 mars 9 h. 1/2 m.	3 h. soir	9 h.
75	M.	Rétréci	Secondipare	Près du terme	Bon Champetier 26 mars 10 h. m.	11 h. matin	5 h
76	L.	Rétréci	2 accouch. spontanés 1 troisième provoqué	8 mois 1/2	Ballon Tarnier 1er av. 10 h. 40 m.	1er av. 2 h. s.	9 h
77	H.	Rétréci	Primipare	8 mois 1/2	Ballon Tarnier 5 av. 9 h. 1/2 m. 1er Bon Champetier, le 5 à 4 h. 50 s. 2e Bon Champetier le 6 à 10 h. m.	5 avr. 3 h. s.	le 1er 4 h. le 2e 11 le 3e
78	B.	Aplati dans toute sa moitié gauche.	1er accouch. Basiotripsie	8 mois 1/2	Bon Champetier 18 av. 9 h. 1/2 m.	Midi	5 h.
79	P.	Rétréci	1er accouch. Forceps 2e et 3e acc. provoqués	8 mois 1/2	Bon Champetier 2 mai 10 1/2 m.	?	2 mai
80	E.	Rétréci	1er accouch. Forceps	8 mois 1/2	Bon Champetier 5 mai 10 h. 3/4 m.	11 h. matin	3

...pture des membranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
...90					
...ntroduisant ...ballon	3 janv. à 7 h. s.	Spontanée 4 jan. 5 h. 1/2 m.	Enfant vivant. 3830 gr.	Physiolog.	15 janvier. Enfant en bon état
...ntanée ...30 soir	27 janvier 5 h. 1/2 soir	Spontanée 27 janv. 6 h. s.	Enfant vivant. 2625 gr.	Physiolog.	10 février. Enfant en bon état
...ficielle ...expulsion ...ballon	15 fév. 4 h. s.	Siège. Abaissement d'un pied: Extraction 5 h. soir	Enfant vivant. 3680 gr.	Physiolog.	3 mars. Enfant en bon état
...ficielle ...la sortie ...ballon ...éduction ...membre ...cident	16 fév. 6 h. 1/2 s.	16 février. Spontanée 8 h. 1/2 soir	Enfant vivant. 2240 gr.	Physiolog.	24 février. Enfant en bon état
...1/2 matin	10 mars minuit	Spontanée minuit 1/2	Enfant vivant. 2950 gr.	Physiolog.	22 mars. Enfant en bon état
...ficielle ...40 soir	9 h. soir	Spontanée 9 h. 45	Enfant vivant. 2970 gr.	Physiolog.	3 avril. Enfant en bon état
...h. 40	5 h. 30	Siège, extraction 6 h. soir	Enfant vivant. 2240 gr.	Physiolog.	9 avril. Enfant en bon état
...cielle ...2 h. mat.	2 avril 3 h. s.	Spontanée 2 avril 4 h. 20 s.	Enfant vivant. 3080 gr.	Physiolog.	21 avril. Enfant mort le 17e jour d'un érysipèle.
...ficielle ...1 h. soir	6 avril 2 h. s.	Spontanée 6 avril 2 h. 20 s.	Enfant vivant. 2020 gr.	Lymphangite du sein	20 mai. Enfant en bon état
...cielle ...1/2 soir	19 avril 1 h. m.	Forceps au détroit sup. le 19 avr. 2 h. m.	Enfant mort, quelques instants après 3050 gr.	Physiolog.	3 mai.
...1/2 soir	9 h. 1/2 soir	Spontanée 9 h. 45 soir	Enfant vivant. 2720 gr.	Physiolog.	12 mai. Enfant en bon état
... soir	3 h. soir	Spontanée 4 h. 15 soir	Enfant vivant. 3250 gr.	Physiolog.	17 mai. Enfant en bon état

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expulsion du ballon
81	G.	10e	Primipare	8 mois 1/2	Ballon Tarnier 5 mai 10 h. mat. Bon Champetier 5 mai 5 h. soir	5 mai midi 1/2	Ballon Tar 5 h. soi Bon Cham tier, 6 ma minuit
82	M.	Rétréci	2 accouch. provoqués	8 mois 1/2	Bon Champetier 5 mai 10 1/2 m.	Midi	6 mai 4 1
83	G.	Oblique ovalaire	Primipare	8 mois 1/2	Ballon Tarnier 23 mai 10 1/2 m. Bon Champetier 23 mai 6 h. soir	Midi	1er 23 m 4 h. soi 2e à 8 h.
84	H.	Cyphotique	3 accouch. ant. provoqués	8 mois 1/2	Bon Champetier 2 juil. 10 h. 40 m.	Midi 45	4 h. 1/2
85	V.	Rétréci	Primipare	8 mois 1/2	1er Bon Tarnier 2 juillet 9 h. ½ m. 1er Bon Champ. 2 juil. 6 h. 45 s. 2e Bon 6 h. soir 3 juillet	2 juil. 4 h. s.	1er 2 jui 6 h. 2e 3 jui 5 h. 45 3e 3 ju 11 h.
86	V.	Asymétrie et canaliculé	Primipare	8 mois	Bon Tarnier 17 juillet 9 h. 55 matin Bon Champetier 3 h. soir	Immédiate	1er 3 h. 2e 19 ju 1 h. 1/2
87	M.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Tarnier 9 août 10 h. mat.	2 h. soir	10 août 5
88	B.	Rétréci	1 accouchem. à terme, siège	Près du terme	Bon Tarnier 10 sep. 11 h. ½ m.	?	10 sept 8 h. 1/2
89	M.	Rétréci	—	Près du terme	Bon Tarnier 16 sep. 10 h. m. Bon Champetier 17 sep. 10 h. 45 m.	17 septembre 10 h. matin	1er 16 9 h. 1/2 2e 17 sep 2 h. 25
90	A.	Rétréci	Secondipare	8 mois 1/2	Bon Champetier 17 oct. 10 20 m.	10 h. matin	7 h.
91	C.	Cyphotique	Primipare	8 mois 1/2	Bon Tarnier 7 oct. 10 h mat. Bon Champetier 5 h. 20 soir	7 octobre 2 h. 25 soir	1er à 5 2e 8 oct 3 h. 1/2
92	R.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Tarnier 31 oct, 10 h. 45 m. Bon Champetier 6 h. 1/2 soir	4 h. soir	1er A 2e 11 h.
93	G.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Tarnier 10 nov. 10 h. m. Bon Champetier. 11 nov. 7 h. ½ m.	—	1er 11 7 h. 2e 11 n 10 h.

Rupture des membranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
Artificielle mai 1 h. matin	—	Forceps 6 mai 4 h. 25 m.	Enfant mort pend. le travail 3310 gr.	Physiolog.	21 mai.
Artificielle mai 4 h. 45 m.	6 mai 4 h. mat.	Version 6 mai 4 h. 50 m.	Enfant vivant. 2800 gr.	Physiolog.	4 juin. Enfant mort le 10ᵉ jour
?	23 mai 10 h. 1/2 s.	Basiotripsie 23 mai 10 h. 1/2 s.	Enfant pesant 2880 gr. sans subst. cérébrale	Physiolog.	8 juin.
4 h. soir	4 h. 25 soir	Spontanée 5 h. 20 soir	Enfant vivant 2700 gr.	Physiolog.	19 juillet. Enf. en bon état
introduisant le ballon Champetier	4 juillet 8 h. 45 matin	Spontanée. 4 juillet 9 h. 45 matin. Délivrance artificielle	Enfant vivant. 2850 gr.	Patholog.	Morte le 12 juillet de septicémie
Artificielle le 19 juillet h. 1/2 matin	19 juillet 2 h. 1/2 matin	Forceps. 19 juillet 3 h. matin	Enfant vivant. 1930 gr.	Physiolog.	5 août. Enfant en bon état
Spontanée, 10 août h. 1/2 soir	11 août à 11 h. matin	Forceps. 11 août 11 h. 20 matin	Enfant vivant. 2850 gr.	Physiolog.	23 août. Enfant en bon état
Spontanée. septembre 10 matin	11 septembre 3 h. 1/2 matin	Spontanée. 11 septembre 6 h. 1/2 matin	Enfant vivant. 2870 gr.	Physiolog.	28 septembre. Enfant en bon état
?	17 septembre, 2 h. 1/2 soir	Spontanée. 17 septembre 2 h. 55 soir	Enfant vivant. 2310 gr.	Physiolog.	1ᵉʳ octobre. Enfant en bon état
?	7 h. soir	Spontanée.. 8 h. 35 soir	Enfant vivant. 2920 gr.	Physiolog.	30 octobre. Enfant en bon état
Artificielle. octobre 1/2 matin	8 octobre, 3 h. 1/2 matin	Spontanée. 8 octobre 4 h. 10 matin	Enfant vivant. 2400 gr.	Physiolog.	19 octobre. Enfant en bon état
?	?	Version. 11 h. 45 soir	Enfant vivant. 2790 gr.	Physiolog.	13 novembre. Enfant en bon état
Artificielle nov. 10 h. 50	?	Spontanée le 11 novembre à 11 h. 20 matin	Enfant vivant. 3020 gr.	Lymphangite du sein	23 novembre. Enfant en bon état

Nos	Ini-tiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expulsi du ballo
94	H.	10c 5	2 accouchem. à terme. 2 forceps.	8 mois 1/2	Bon Champetier 17 nov. 9 h. 40 m.	2 h. ½ soir	7 h. so
95	L.	Vicié par cal. multipl.	1er accouchem. spontané à terme après 6 jours de travail. Enfant mort, 2e basiotripsie. 3e accouchem. prov. à 7 m. Enfant mort 4e basiotripsie	—	Bon Tarnier 20 nov. 8 h. s. Bon Champetier 21 nov. 6 h ½ m.	21 novemb. 6 h. matin	1er 20 n 11 h. so 2e 21 nov 10 h. ma
96	P.	Asymétrique	Primipare	Près du terme	Bon Tarnier 21 nov. 9 h. 55 m. Bon Champetier 22 nov, midi	22 novemb. 2 h. soir	1er 22 nov 2e 23 nov 10 h. 10
97	C.	Rétréci	Secondipare	8 mois 1/2	Bon Tarnier 24 nov. 10 h. 25 m. Bon Champetier 1 h 30. soir	Immédiate	1er 24 no 2e 7 h. 1
98	D.	9c 2	Primipare	Près du terme	Bon Champetier 5 déc. 10 h. m.	?	5 déc. 4
99	V.	Rétréci dans tous ses diamèt.	Primipare	8 mois	Bon Tarnier 22 déc. 10 h. m. Bon Champetier 22 déc. 9 h. ¾ s.	22 décemb. 11 h. matin	1er 22 dé 9 h. 1/2 2e 23 déc 4 h. 10 m
							An
100	J. B.	10c 2	1 accouch. ant. provoq. à 8 m. Enfant vivant.	—	Bon Champetier 9 janvier 11 m.	Immédiate	—

...pture des ...embranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
...rtificielle. ...7 h. soir	7 h. soir	Basiotripsie après trois applications de forceps	Enfant pesant 2530 gr. sans substance cérébrale	Physiolog.	27 novembre.
... novembre ...h. 15 matin	21 novembre 10 h. matin	Basiotripsie. 10 h. 1/2 matin	Enfant pesant 2830 gr. sans substance cérébrale	Physiolog.	6 décembre.
...rtificielle. ... novembre ...h. 25 matin	23 novembre 10 h. 1/2 matin	Version. Après trois applications de forceps	Enfant mort pend. le travail 4200 gr.	Physiolog.	7 décembre.
...h. 1/2 soir	7 h. 1/2 soir	Forceps. 7 h. 1/2	Enfant vivant 2930 gr.	Physiolog.	6 décembre. Enfant en bon état
...rtificielle. ...décembre ...h. matin	4 h. soir	Forceps. 4 h. 45	Enfant vivant 2860 gr.	Physiolog.	22 décembre. Enfant en bon état
...c. 4 h. 15 m.	23 déc. 4 h. 10	Forceps 4 h. 15	Enfant mort quelques heures après, pesant 2965 gr.	Physiolog.	4 janvier 1891
...91					
?	9 janvier 6 h. 1/2 soir	Version	Enfant vivant. 2470 gr.	Physiolog.	Enfant parti en nourrice, le 18 janvier

De 1883 à 1891 le nombre d'accouchements spontanés effectués dans les deux services a été de 14505.

La proportion des accouchements provoqués est donc de 1 sur 150 acouchements spontanés environ.

Cette proportion est considérable et nullement en rapport avec la pratique ordinaire. Elle s'explique par les raisons suivantes :

Non seulement le rachitisme comme on le sait est plus fréquent dans les grandes villes et surtout à Paris que dans les campagnes, mais les femmes mal conformées et le sachant viennent très souvent spontanément dans nos services ou y sont adressées par des médecins ou des sages-femmes. De plus, chaque Maternité a sa clientèle et j'ai des clientes hospitalières chez lesquelles j'ai déjà provoqué l'accouchement trois et quatre fois. Enfin, il faut bien le reconnaître, les femmes se font examiner pendant la grossesse plus qu'autrefois, heureusement, et d'un autre côté, nous pratiquons à l'heure actuelle l'accouchement provoqué dans bien des cas où on ne le pratiquait pas il y a quelques années.

Je ne suis pas le seul à avoir cette tendance, car si je consulte la statistique de Léopold, publiée par Ludwig Korn, en 1888 (1), je vois que de 1883 à 1887, sur 5875 accouchements, l'accouchement fut provoqué 45 fois chez 38 femmes, ce qui donne la proportion de 1 accouchement provoqué sur 131 accouchements spontanés, proportion par conséquent encore supérieure à la mienne.

Tableau récapitulatif des observations précédentes.

Accouchements provoqués.	100
Femmes sorties bien portantes.	99
Femme morte.	1
Enfants vivants au moment de leur naissance.	83
Enfants morts pendant le travail.	17

(1) *Beitrag zur Lehre von der künsttlichen Frühgeburt.*

Enfants morts avant leur sortie du service. . 16
Enfants sortis bien portants. 67

Des 16 enfants qui moururent avant leur sortie du service,

9 moururent.	le 1er jour.
2 moururent.	le 3e »
2 moururent.	le 4e »
1 mourut.	le 10e »
1 mourut.	le 11e »
1 mourut.	le 17e »

Il ressort de ces chiffres que les femmes chez lesquelles on provoque l'accouchement ne courent guère plus de dangers que celles qui accouchent spontanément. 84 accouchements furent successivement provoqués sans causer un seul décès.

J'ai eu 1 décès sur 100 cela est vrai (le 85e), mais il est facilement explicable et nullement dû aux interventions nécessitées par la provocation de l'accouchement. Cette femme, qui est morte de septicémie, avait été, malgré mes recommandations, examinée par sept élèves, dont deux étrangers au service. Le placenta était adhérent et on fut obligé de pratiquer une délivrance artificielle. Or, l'autopsie démontra l'absence de toute lésion des organes et de toute rétention placentaire. Cette femme fut infectée par des touchers.

On voit par là combien une surveillance incessante est nécessaire, indispensable, dans les services d'enseignement et plus encore, comme je le dirai plus loin, quand il s'agit de femmes chez lesquelles on a provoqué l'accouchement.

Cette bénignité du pronostic relativement aux mères se retrouve du reste dans toutes les statistiques recueillies depuis l'emploi des antiseptiques.

Ainsi dans la statistique de C. Braun, publiée par son fils Eg. von Braun Fernwald en 1888 (1), je relève les chiffres suivants sur 54 accouchements provoqués :

Mortalité maternelle, 0 pour 0/0.

(1) *Der Kaiserschnitt*, etc., Vienne, 1888.

La statistique de Léopold donne : Mortalité maternelle, 2,2 pour 0/0. Celle d'Ahlfeld (1) nous apprend que sur 111 femmes chez lesquelles on provoqua l'accouchement pour rétrécissement du bassin, une seule mourut des suites directes de l'accouchement. Il en est de même de la morbidité. J'ai même remarqué et fait souvent remarquer aux élèves que les suites de couches étaient plus franchement physiologiques à la suite de l'accouchement provoqué qu'à la suite de l'accouchement spontané. La raison en est que l'asepsie et l'antisepsie sont plus rigoureusement mises en usage.

C'est ce qui explique comment, en plus de la femme qui a succombé, j'ai eu trois autres femmes seulement ayant eu des suites de couches pathologiques. Toutes les autres ont eu des suites de couches normales. La morbidité plus accusée dans les statistiques de Léopold et d'Ahlfeld tient, selon moi, aux procédés employés. Je reviendrai du reste sur ce point.

Quant aux enfants, ma statistique me donne 83 enfants nés vivants.

67 enfants ayant quitté le service bien portants.

En définitive, 67 enfants vivants ; 33 enfants morts.

Les résultats de C. Braun, sont 63,8 enfants pour 100 extraits vivants; ceux d'Ahlfeld, 60 pour 100 d'enfants vivants au moment du départ de la mère.

Ceux de Léopold 66,6 pour 100 d'enfants vivants au moment du départ de la mère.

Je ferai remarquer de suite que, dans sa statistique, Léopold ne compte pas 2 cas dans lesquels il pratiqua la basiotripsie, n'ayant aucun espoir d'obtenir un enfant vivant par les voies naturelles.

Si j'avais envisagé les choses de cette façon, j'aurais dû retrancher de ma statistique 8 cas dans lesquels je provoquai l'accouchement sans avoir jamais caressé l'espoir d'ob-

---

(1) AHLFELD. *Centr. f. Gyn.*, 1890, et *Annales de Gynécologie*, oct. 1890.

tenir un enfant vivant. Ces femmes s'étaient présentées trop tardivement à mon examen ou étaient affectées de viciations pelviennes tellement prononcées, qu'aucune espérance d'obtenir un enfant viable ne pouvait venir à l'esprit. Je provoquai l'accouchement dans ces cas, simplement pour obtenir une extraction plus facile, mais une extraction d'un enfant mutilé.

Si maintenant je serre de plus près ma statistique et si j'examine les résultats fournis par les différentes terminaisons de l'accouchement, j'obtiens les chiffres ci-dessous :

Présent. du sommet (accouchem. spontanés)	50	44	enf. vivants	6	enf. morts
Extraction du siège	6	2	—	4	—
Versions	14	8	—	6	—
Forceps	21	14	—	7	—
Basiotripsie	9		—	9	—

De ces chiffres, il résulte : 1° Que dans tout accouchement provoqué, on doit s'efforcer d'obtenir une présentation du sommet et un accouchement spontané ;

2° Que la présentation du siège est désastreuse.

J'insiste sur ce point car les résultats obtenus dans la présentation du siège par d'autres accoucheurs sont sensiblement les mêmes que les miens. Ainsi, dans la statistique de Léopold on trouve les chiffres suivants :

Extraction du siège : 10.

Enfants vivants.	3
Enfants mort-nés.	6
Enfant mort le 8e jour.	1

Si l'on ajoute les chiffres de Léopold aux miens on a sur 16 extractions du siège, 11 enfants morts !

Fait bien intéressant à constater, et que je me contente de vous signaler pour l'instant, c'est que les résultats fournis par la version et le forceps sont meilleurs que ceux obtenus dans la présentation du siège.

Ma statistique me donne :

Versions : 14 dont 8 enfants vivants et 6 morts.

Forceps : 21 dont 14 enfants vivants et 7 enfants morts.

Léopold a obtenu :

Versions : 10 dont 9 enfants vivants et 1 mort-né.

Forceps : 5 dont 5 vivants.

Si ces chiffres sont insuffisants pour trancher la question encore pendante de la supériorité du forceps ou de la version dans les rétrécissements du bassin, ils sont dans tous les cas encourageants pour ceux qui (et je suis du nombre) pensent que dans les bassins rétrécis et avant terme, les applications de forceps donnent de meilleurs résultats que la version.

Si maintenant j'étudie les résultats obtenus suivant les procédés employés pour provoquer l'accouchement, je constate les résultats ci-dessous :

	BALLON TARNIER	BALLON TARNIER ET CHAMPETIER	BALLON CHAMPETIER	TARNIER ET BARNES	TARNIER ET SONDE	GARIF.
	28 cas. 20 enf. viv. 8 m.	23 cas. 16 enf. viv. 7 m	40 cas. 26 viv. 14 m.	5 cas 2 v. 3 m.	3 cas 3 viv.	1 cas 1 mor
Spontanés....	20 : 15 viv. 5 m.	10 viv.	15 : 14 viv. 1 m.	2 viv.		
Siège........	....	....	6 : 2 viv. 4 m.	....	3 viv.	
Version.......	1 mort	5 : 3 viv. 2 m.	7 : 5 viv. 2 m.	....	.. ..	1 mor
Forceps	5 viv.	6 : 3 viv. 3. m.	9 : 5 viv. 4 m.	1 mort		
Basiotripsie...	2	2	3	2		
Durée du temps écoulé depuis la provocation jusqu'à l'accouchement.	6 de 12 à 24 h. 10 de 24 à 48 9 de 48 à 60 2 de 60 à 72 1 plus de 4 jours	11 de 12 à 24 h. 6 de 24 à 36 6 de 36 à 48	23 de 6 à 12 h. 7 de 12 à 24 10 de 24 à 48	1 pl. de 4 j. 2 de 4 j. 1 de 2 j. 1 de 13 h.	1 de 2 j. 1 de 24 h. 1 de 20 h.	

Au point de vue du temps écoulé, aucune discussion n'est possible, c'est le ballon Champetier qui donne les résultats les plus rapides.

Non seulement il ne s'est jamais montré impuissant, mais

encore le laps de temps écoulé depuis son introduction jusqu'à la terminaison de l'accouchement n'a jamais dépassé 48 heures. Obtient-on de semblables résultats avec les autres procédés ? Toutes les statistiques démontrent le contraire.

Ahlfeld qui a généralement recours au procédé de Krause, à l'introduction d'une bougie flexible, dit que très fréquemment le procédé de Krause provoqua le travail, mais les contractions restèrent très lentes; on eut alors recours à des méthodes de renfort pour ainsi dire : décollement du pôle inférieur de l'œuf, ballon Tarnier, rupture des membranes, etc., etc.

La statistique de Léopold montre que si le temps écoulé entre l'introduction de la bougie et l'accouchement est très variable, il n'en est pas moins le plus souvent très long. Les deux extrêmes ont été de 7 heures 45 jusqu'à 214 heures 35 minutes !

En moyenne 80 heures 18 minutes.

Dans onze cas où l'introduction de la sonde avait provoqué la rupture des membranes, la moyenne ne fut que de 49^{h},53. Je le répète, sur ce point, l'emploi du ballon Champetier donne des résultats meilleurs que l'emploi de tous les autres moyens généralement usités.

Son emploi est-il dangereux, ainsi que l'ont dit surtout les accoucheurs qui ne le connaissent pas ou ne l'ont pas employé ?

Voyons d'abord pour les mères.

On voit par mes observations qu'il a été appliqué 63 fois, c'est là un chiffre respectable, je pense.

A-t-il provoqué une seule fois une hémorrhagie grave? jamais. J'ajoute même que si un décollement du placenta résultant de son introduction se produisait, le remède serait, par le gonflement du ballon, immédiatement opposé au mal. Vous vous rappelez, à ce propos, que chez une femme qui avait une insertion vicieuse du placenta, craignant le décollement direct du placenta par le fœtus, je n'ai pas hésité à introduire le ballon Champetier et cela avec un plein succès.

Je suis même convaincu que c'est là le meilleur tampon et qui détrônera l'ancien dans la thérapeutique de l'hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta.

J'ai introduit successivement le ballon Tarnier et le ballon Champetier chez la femme qui est morte. Dira-t-on que c'est le ballon Champetier qui est cause de la mort ? Après les explications que j'ai données concernant ce cas, les personnes qui le diront seront de mauvaise foi, et il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

Les suites de couches ont-elles été pathologiques plus souvent qu'avec les autres procédés ? Mes observations sont là comme démonstration. Il suffit de lire les statistiques d'Ahlfeld et de Léopold pour être convaincu que la sonde produit bien plus souvent de l'infection.

Je me résume donc en disant que l'emploi du ballon Champetier n'est pas dangereux pour la mère. En est-il de même pour l'enfant ?

La rupture des membranes s'observe assez souvent, a-t-on dit. Cela est vrai, mais pas plus souvent qu'avec les autres procédés. Quand cet incident se produit le ballon Champetier possède sur tous les autres moyens, la supériorité d'empêcher l'écoulement complet du liquide amniotique.

Il déplace le pôle fœtal qui tend à s'engager. Cela est parfaitement exact et c'est un reproche qu'on peut légitimement lui adresser.

Mais ce défaut n'est point irrémédiable; seulement il exige de la part de ceux qui surveillent l'accouchement des soins constants et attentifs.

C'est-à-dire que l'on doit faire tous ses efforts, dès que le ballon s'engage, pénètre et descend dans l'excavation, pour que la tête le suive.

La version par manœuvres externes est pour moi le complément dans bien des cas de l'emploi du ballon, puisque nous savons, ainsi que je vous le démontrais par des chiffres tout à l'heure, que l'idéal dans l'accouchement provoqué est d'obtenir une présentation du sommet et un accouchement spontané.

C'est en m'efforçant d'agir ainsi dans la plupart des 63 cas où le ballon a été employé que j'ai obtenu les résultats suivants :

Emploi du ballon Champetier 63 cas.
Enfants vivants 42

Cette proportion n'est pas celle qu'on peut et qu'on doit obtenir, j'en ai la conviction. D'une part, j'ai pratiqué 4 fois la basiotripsie ayant introduit le ballon sans aucun espoir d'obtenir un enfant vivant. D'autre part, dans plusieurs cas, volontairement, la version pelvienne a été pratiquée par manœuvres externes ; or nous savons à l'heure actuelle les résultats que donne la présentation du siège.

Il est une autre question que je désire exposer, c'est la suivante :

Quelle est la limite du rétrécissement au-dessous de laquelle on ne peut avoir l'espoir légitime d'obtenir un enfant vivant et viable ?

Mon tableau n'est guère explicite à ce sujet, direz-vous ?

Je reconnais que le degré du rétrécissement n'est pas souvent indiqué, je pourrais dire, n'est pas assez souvent indiqué. Mais je vous avoue que ma statistique n'est pas, au point de vue de la vérité, bien inférieure à celles où le diamètre promonto-pubien minimum est indiqué en millimètres. La mensuration du diamètre promonto-pubien minimum n'est pas toujours facile, la déduction que l'on est obligé de faire pour obtenir le diamètre promonto-pubien minimum est bien souvent trompeuse.

Aussi aujourd'hui je me préoccupe de ces deux points surtout :

1° *Savoir si la tête bien appliquée au niveau de l'aire du détroit supérieur déborde ou ne déborde pas.*

2° *Savoir si le diamètre promonto-sous-pubien mesure au moins* 9 *centimètres.*

Quand le diamètre promonto-sous-pubien mesure moins de 9 centimètres, en provoquant l'accouchement je sais que

l'enfant, s'il est viable, n'a guère de chance pour traverser vivant la filière pelvienne.

J'ai eu 2 enfants vivants et viables dans des bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien mesurait l'un 8,8 et l'autre 8,5.

J'en ai même extrait un à l'aide du forceps dans un bassin mesurant moins encore, comme je vous l'ai dit déjà, mais ce sont là des exceptions.

Je crois être dans le vrai en vous disant : pour provoquer l'accouchement avec le légitime espoir d'obtenir un enfant vivant et viable, il faut d'abord que ces deux conditions soient réunies : *grossesse de sept mois au moins*, *bassin ayant un diamètre promonto-sous-pubien de* 9 *centimètres.*

Je ne m'appuie pas seulement sur ma pratique, sur mon expérience, pour vous parler ainsi, mais aussi sur celles d'accoucheurs autorisés.

Ahlfeld n'a pas obtenu un enfant vivant sur 10 dans des bassins dont le diamètre promonto-pubien minimum mesurait moins de 7 centimètres.

Léopold a obtenu dans des bassins mesurant de 7,4 à 6,5, sur 5 cas, 1 enfant vivant et 4 morts.

Mon collègue de Liège, le professeur Charles, dans une série d'articles remarquables, publiés dans le journal d'accouchements de Liège, arrive au même résultat et fixe la limite à 7,5.

Heureusement les bassins mesurant moins de 9 centimètres de diamètre promonto-sous-pubien sont rares, plus rares qu'on ne le croit généralement, et j'ajouterai plus rares qu'autrefois. En effet, c'est là une remarque faite depuis quelques années par mon maître, M. Tarnier ; « on ne voit plus, me disait-il, autant de rétrécissements extrêmes qu'autrefois ». Les progrès de l'hygiène atténuent, amoindrissent les viciations pelviennes. Espérons qu'ils les feront disparaître complètement.

Mais nous n'en sommes pas encore là, et en attendant efforçons-nous de faire pour le mieux, quand nous nous trouvons en face d'un bassin rétréci.

Nous connaissons déjà les indications générales, les procédés d'exploration qui doivent nous guider. Ces indications existent, les conditions ci-dessus énoncées sont remplies, que devez-vous rechercher alors?

Vous devez alors faire tous vos efforts pour que : 1° *par des moyens exempts de violence, vous obteniez un travail régulier, une dilatation aussi normale, j'allais dire aussi physiologique que dans un accouchement naturel;* 2° *que le passage de l'enfant à travers la filière pelvienne soit aussi rapide que possible.*

Pour atteindre le premier but: faire naître le travail et obtenir un travail régulier, physiologique, je ne connais à l'heure actuelle que l'emploi du ballon Tarnier et du ballon Champetier.

Chez les primipares, l'introduction du ballon Tarnier se fait toujours sans violence, et je commence par lui. L'introduction du ballon Champetier chez les primipares, nécessite le plus souvent l'anesthésie, et je ne considère pas cette manière de faire comme une bonne chose.

Quand le ballon Tarnier, ayant fait naître le travail, est expulsé, j'introduis alors immédiatement le ballon Champetier, et cette introduction est aussi facile que peu douloureuse.

Chez les multipares à canal cervical facilement dilatable, j'introduis d'emblée le ballon Champetier. Si le canal cervical n'est pas perméable, je procède comme chez les primipares.

Dès que le ballon Champetier est introduit, je dirai qu'on ne doit plus quitter la parturiente. Il peut arriver que le ballon soit trop rempli, et les contractions s'arrêtent ou parce que le ballon n'appuie plus exactement sur tous les points du segment inférieur, ou parce que la tension de l'utérus devient trop considérable ; il faut retirer alors une certaine quantité de liquide qu'on réinjectera quand la dilatation s'effectuera. Quand la dilatation est complète, il faut faire comme je l'ai déjà dit et comme je le répète, tout le possible pour ramener la tête en bas et lui faire suivre le ballon.

Le ballon étant expulsé, il faut surveiller les progrès de

l'engagement; si c'est le sommet, et si après une demi-heure la tête ne s'engage pas, faites une application de forceps. Ne laissez pas l'enfant souffrir, laissez-lui toute la force, toute la vitalité indispensable pour supporter le traumatisme nécessité par son extraction. Si vous attendez, d'une part, les lèvres de l'orifice reviendraient sur elles-mêmes, s'œdématieraient et augmenteraient la viciation pelvienne, de plus l'enfant serait atteint dans sa vitalité et bien que faisant une application de forceps sur un enfant vivant, vous n'arriveriez à extraire bien souvent qu'un enfant mort.

Si l'enfant se présente par le siège, procédez de suite à l'extraction. Vous savez que toutes les parties molles utérines, vaginales et vulvaires ont été dilatées par le ballon et dilatées d'une façon suffisante pour n'apporter aucun obstacle au passage du fœtus; donc faites tous vos efforts pour que l'enfant traverse aussi rapidement que possible le bassin. Il meurt, comme nous l'avons vu, très souvent, parce que, ayant moins de place que dans un bassin normal, le tassement des parties molles produit pour ainsi dire fatalement la compression du cordon sans qu'il y ait procidence.

Je n'ai pas besoin de vous dire que tout en étant rapide, cette extraction devra toujours être scientifique. Et à ce propos, je puis vous dire que nous ne trouvons pas de meilleur guide pour nous conduire dans ces circonstances, que dans le beau livre que viennent de faire paraître le prof. Farabeuf et le Dr Varnier et qui est intitulé *Introduction à l'étude Clinique et à la pratique des Accouchements*.

Si l'enfant se présente par l'épaule ou si la tête reste très élevée et mobile et que vous ayez recours à la version, faites évoluer lentement l'enfant, opérez encore suivant les préceptes que vous trouverez dans le livre que je viens de vous recommander, et surtout procédez rapidement à l'extraction et alors vous vous trouverez dans les conditions que je vous signalais à propos de la présentation du siège.

C'est en opérant ainsi, que l'accouchement provoqué donnera le maximum de ce qu'il peut donner, c'est-à-dire, le succès complet dans la pluralité des cas.

PARTIE GÉNITALE DU CANAL PELVI-GÉNITAL, FILIÈRE VAGINO-PÉRINÉO-VULVAIRE

Par le professeur **L.-H. Farabeuf** et le Dr **Henri Varnier** (1).

L'excavation ou canal pelvien osseux ne constitue pas toute la longueur du canal pelvi-génital que doit traverser le fœtus. Loin de là !

A l'orifice inférieur de l'excavation est comme appendu un entonnoir membraneux ou **infundibulum périnéo-vulvaire** qui constitue pour le fœtus une filière de parties molles et que par antithèse on appelle souvent *bassin mou*, *bassin dilatable.*

L'*embouchure* de cet entonnoir est formée par les insertions du *plancher périnéal musculaire*, c'est-à-dire du *releveur de l'anus* (R'R, Fig. 1) et de *l'ischio-coccygien* (C), dont l'ensemble mérite le nom de *releveur coccy-périnéal.*

Cette embouchure correspond et s'attache à l'orifice inférieur de l'excavation à laquelle l'infundibulum périnéo-vulvaire fait suite : c'est dire que de chaque côté, le bassin mou est fixé au contour qui va de la partie basse du corps du pubis à la pointe sacrée, en passant par l'épine sciatique, et que le coccyx en fait partie. A l'état normal, celui-ci joue le même rôle que le raphé d'insertion coccy-anal, puisqu'il est mobile, quoique osseux.

Donc, de chaque côté, sur la ligne intérieure étendue de l'épine sciatique à la partie basse du pubis, des faisceaux musculaires s'insèrent qui se portent en arrière et en bas (Fig. 1) vers le bord du coccyx (C), vers la pointe du coccyx (R) et vers le raphé périnéal pré-coccygien ou ano-coccygien (R'). Il en résulte un **diaphragme** ou **plancher pelvien musculaire,** concave en haut, infundibuliforme (Fig. 2), ouvert d'une *large fente médiane antérieure* où passent l'urètre, le vagin, le rectum et que doit forcer et traverser le fœtus, avant d'aborder la vulve.

(1) Extrait de « *Introduction à l'Étude clinique et à la pratique des accouchements* ». Un volume in-8, grand jésus, de 480 pages, avec 362 figures. G. Steinheil, éditeur.

Cette fente peut être appelée *pubo-coccygienne*, car la majeure partie des faisceaux du muscle releveur se concentrent vers la pointe du coccyx. *C'est le détroit supérieur du canal mou dilatable périnéo-vulvaire dont le détroit inférieur est l'orifice vulvaire.* Mais les accoucheurs, parlant

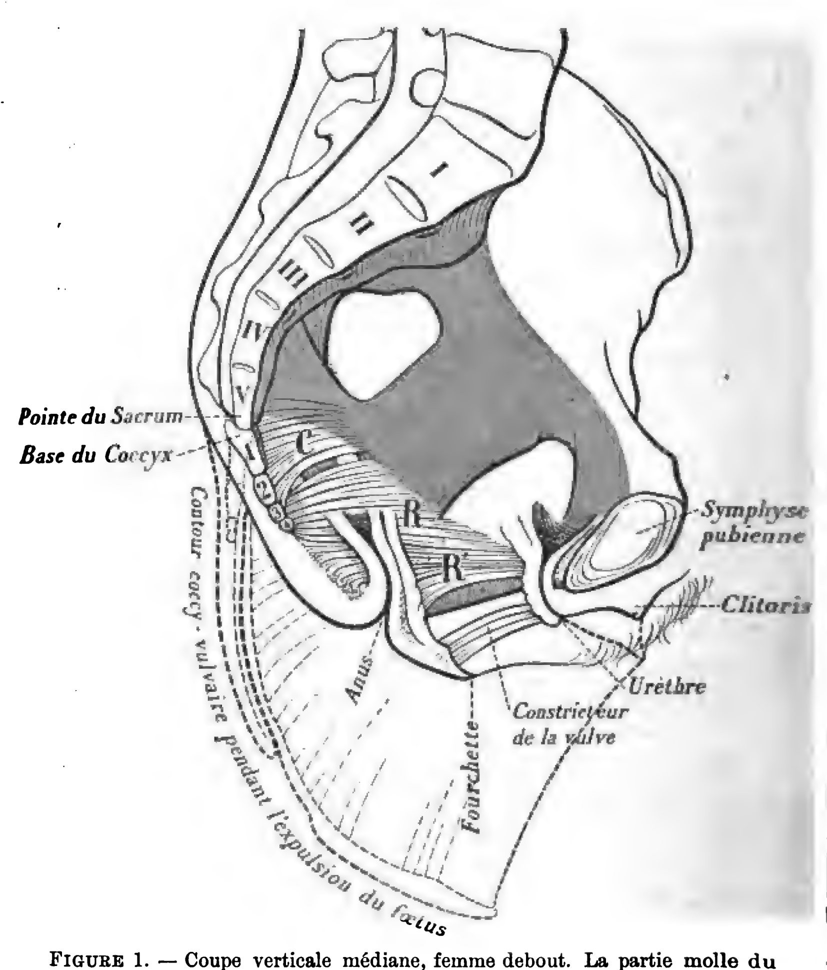


FIGURE 1. — Coupe verticale médiane, femme debout. La partie molle du canal pelvi-génital est figurée : 1° au repos, courte et étroite ; 2° pendant l'expulsion, longue et dilatée. — C, R, R', les divers faisceaux du m. releveur coccy-périnéal : C portion ischio-coccygienne ; R, principaux faisc. convergeant vers la pointe du coccyx ; R' autres faisc. aboutissant près de l'anus.

relativement du bassin osseux, ont l'habitude de l'appeler DÉTROIT INFÉRIEUR. Il faut s'y conformer.

Sa dilatabilité antéro-postérieure est limitée par le degré de rétroflexibilité du coccyx. En avant, sa dilatabilité transversale lui permet d'égaler la largeur de l'arcade osseuse des pubis qui l'encadre. En arrière, elle pourrait être plus considérable, mais la masse graisseuse de la fosse ischio-anale permet rarement au releveur de l'anus de s'accoler au grand ligament sacro-sciatique et à la tubérosité de l'ischion.

A l'état de repos, avant l'arrivée du fœtus, **le détroit inférieur pubo-coccygien** a la forme d'une fente large, mais beaucoup plus longue qu'elle n'est large.

Dilatée par la partie fœtale (Fig. 3), cette fente gagne en longueur par derrière et en largeur de chaque côté. Elle reste plus étendue dans le sens antéro-postérieur que dans le sens transversal.

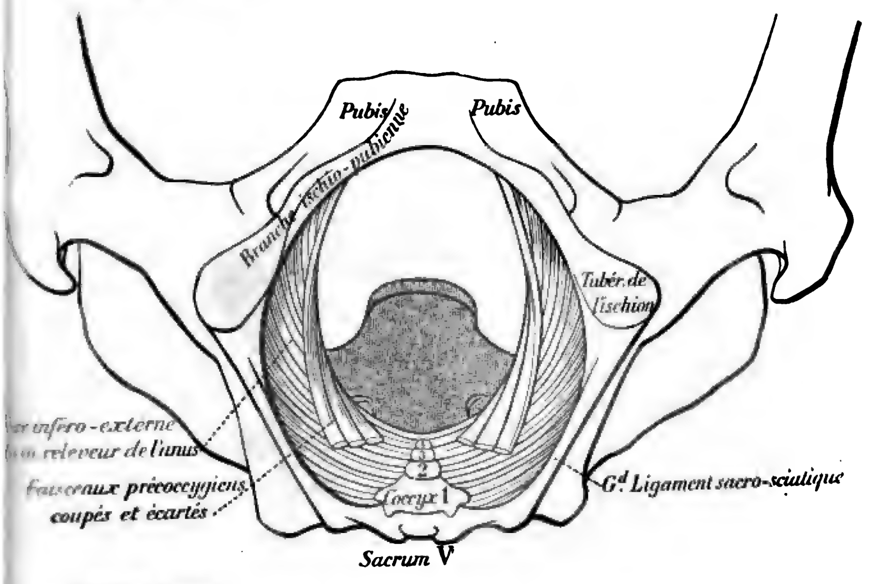


FIGURE 2. — Bassin de femme couchée sur le dos : vue périnéale de l'ensemble d'un muscle releveur coccy-périnéal schématique. Les faisceaux antérieurs, les moins résistants, ont été désinsérés et écartés pour montrer la forme et l'étendue du puissant orifice musculaire pubo-coccygien au moment où le pôle fœtal commence à le solliciter.

Examinée à partir du moment où le premier pôle fœtal apparaît à la vulve, **la filière périnéo-vulvaire** constitue véritablement la partie courbe du canal pelvi-génital (Fig. 4). De même que pour l'excavation, la paroi antérieure, sous-pubienne, est courte ; la postérieure, périnéale, très longue. Celle-ci, étendue de la base du coccyx à la fourchette vulvaire, est très dilatée, très distendue ; elle arrive à dépasser quinze centimètres ! Cela pousse la fourchette en avant et amène la vulve à regarder *en l'air* quand la femme est sur le dos (Fig. 5), *en avant* quand elle reste debout comme la représente la figure 4.

Le canal pelvi-vaginal ou pelvi-génital que parcourt le fœtus est donc fortement coudé et embrasse la symphyse dans sa concavité, comme la courbure d'une sonde vésicale masculine.

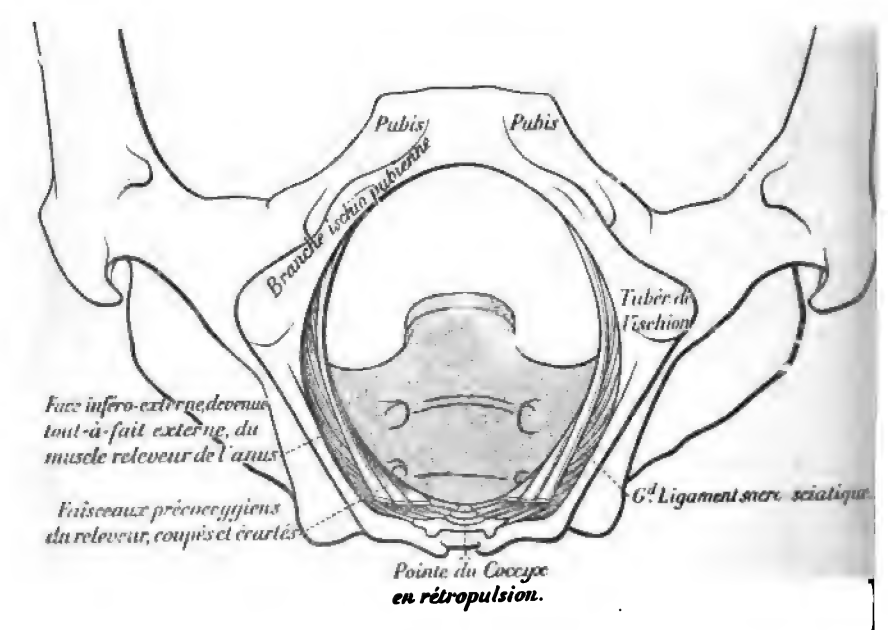


FIGURE 3. — Représente, comme la figure 2, la face périnéale de l'orifice musculaire pubo-coccygien. Mais ici, la dilatation est opérée par la partie fœtale qui passe et le coccyx est en rétropulsion complète.

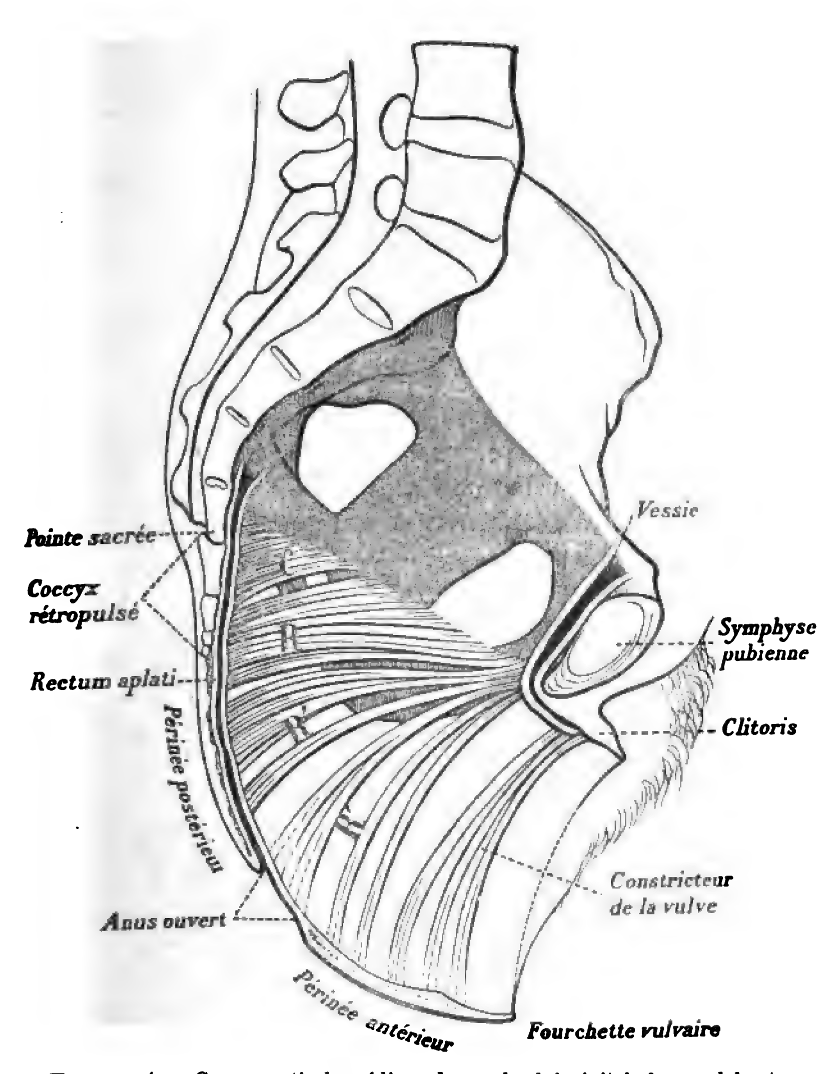


FIGURE 4. — Coupe verticale médiane du canal pelvi-génital, femme debout. — La partie molle, filière périnéo-vulvaire, est représentée avec tout le développement qu'elle acquiert en longueur et en largeur pendant le passage du fœtus. On remarquera les arceaux musculaires du releveur coccy-périnéal : C, ischio-coccygien ; R principaux faisceaux du releveur rassemblés vers la pointe du coccyx ; R' R' autres faisceaux du releveur dissociés par suite de l'élongation de leur ligne d'insertion périnéale, comme leurs analogues du constricteur de la vulve.

On y remarque, en fait, quatre parties relativement étroites ou détroits d'importance inégale.

1° LE DÉTROIT SUPÉRIEUR, orifice supérieur de l'excavation.

2° L'ORIFICE INFÉRIEUR DE L'EXCAVATION, au niveau de la pointe sacrée et du bord inférieur des épines sciatiques : c'est l'entrée du détroit inférieur.

3° LE DÉTROIT INFÉRIEUR, anneau musculaire pubo-coccygien, encadré par l'arcade et les ischions.

4° L'ANNEAU VULVAIRE.

Pour les franchir, ces détroits, le fœtus à terme et de volume normal doit être *poussé* ou *tiré dans l'axe*, c'est-à-dire suivant une ligne perpendiculaire au plan de l'orifice et centrale. Suivez sur la figure 5.

1° **Le plan du détroit supérieur** est oblique et regarde vers l'ombilic.

La femme étant en position obstétricale, le siège au bord du lit, l'accoucheur entre les jambes, on peut dire que **l'axe du détroit supérieur**, véritable flèche indiquant l'engagement du fœtus, est dirigé *très en bas et vers les pieds de l'accoucheur*. Et l'on peut ajouter que telle est aussi la direction de l'axe de la plus grande partie de l'excavation (Fig. 5).

2° **Les plans** *de l'orifice inférieur de l'excavation et* **du détroit inférieur** lui-même, quoique beaucoup moins inclinés que celui du détroit supérieur, le sont encore dans le même sens, surtout celui de l'orifice inférieur de l'excavation qui est l'entrée du vrai détroit inférieur.

L'axe de celui-ci, désigné sur la figure comme axe de sortie, reste donc, sur la femme couchée, dirigé non pas tout à fait horizontalement vers l'accoucheur, mais encore *un peu en bas, vers les genoux de l'accoucheur* (Fig. 5).

3° **Le plan de l'anneau vulvaire,** immédiatement avant le dégagement, est oblique et regarde *en l'air*.

L'axe de ce détroit, terminaison de la trajectoire fœtale, est donc dirigé de bas en haut, *en l'air et vers la face de l'accoucheur*.

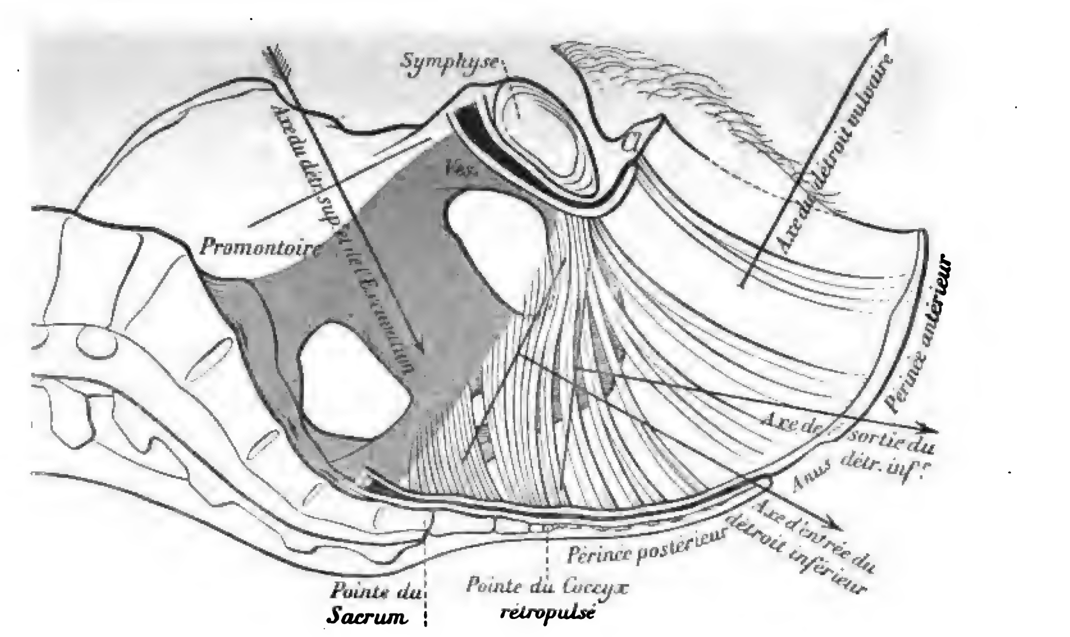


FIGURE 5. — C'est la figure 4 (coupe verticale médiane du canal pelvi-génital dilaté) mise en position obstétricale. Les axes des divers détroits y sont indiqués par les flèches perpendiculaires au milieu des plans de ces détroits.

Voyez l'axe du détroit supérieur et de l'excavation : il descend presque verticalement !

L'axe de l'orifice inférieur de l'excavation ou entrée du détroit inférieur reste nettement oblique en bas. **L'axe de sortie** du détroit inférieur ou orifice pubo-coccygien n'arrive pas encore à l'horizontale.

L'axe de l'orifice vulvaire est ascendant, presque vertical.

CONCLUSION à tirer de l'examen attentif de la figure 5 :

Si l'accoucheur avait mis la main jusque dans le ventre et saisi une partie fœtale, il devrait tirer d'abord en bas, vers ses pieds, pour enfiler le détroit supérieur et descendre l'excavation ; ensuite en bas encore, mais vers ses genoux, pour enfiler et franchir le détroit inférieur ; enfin de plus en plus en haut, vers sa tête, pour sortir de l'anneau vulvaire.

Empruntons au chapitre VII (Forceps) l'exemple d'un cas rare et difficile : le dégagement de la tête en position **occipito**-SACRÉE.

Le forceps est régulièrement appliqué, concavité tournée vers le front qui correspond au pubis (fig. 6).

Il vous reste à entraîner la tête dans l'axe du détroit inférieur, pour l'y engager complètement. Donc, il faut tirer d'abord un peu en bas, puis horizontalement pour accentuer la flexion, afin que l'occiput force le coccyx, creuse le périnée postérieur et s'y loge définitivement sans pouvoir rentrer par déflexion (fig. 6 et 7). Ensuite, tirer notablement en bas, vers vos genoux, afin d'amener l'encoche naso-frontale sous la symphyse, le front dans l'arcade pubienne (fig. 8), tandis que l'occiput portera au maximum la rétropulsion du coccyx et distendra, creusera le périnée postérieur. Il faut se garder de tirer en bas trop tôt, et de laisser rentrer l'occiput, car cela défléchirait la tête. C'est la plus grande circonférence du crâne, l'occipito-frontale, que vous devez faire passer dans le détroit pubo-coccygien. Ne vous étonnez donc pas qu'il faille plus de temps et de force que pour, dans la position occipito-pubienne, faire passer la circonférence sous-occipito-frontale.

Si vous vous servez du forceps de Levret, rappelez-vous que pour tirer dans la bonne direction, vous devez saisir les pédicules des cuillères afin d'agir dans l'axe de celles-ci, au-dessous des manches qui font avec cet axe un angle proportionnel à la courbure de l'instrument. Prenez le forceps

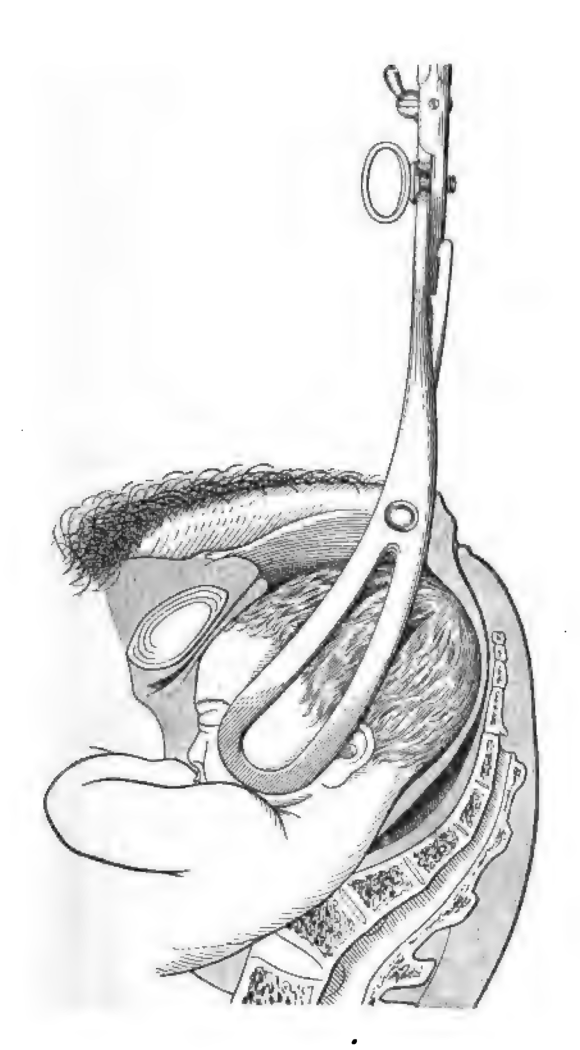


FIGURE 6. — Sommet fléchi en pos. directe OCCIPITO-SACRÉE. La traction, dirigée comme l'axe des cuillères, commence un peu au-dessous de l'horizontale pour fatiguer le coccyx.

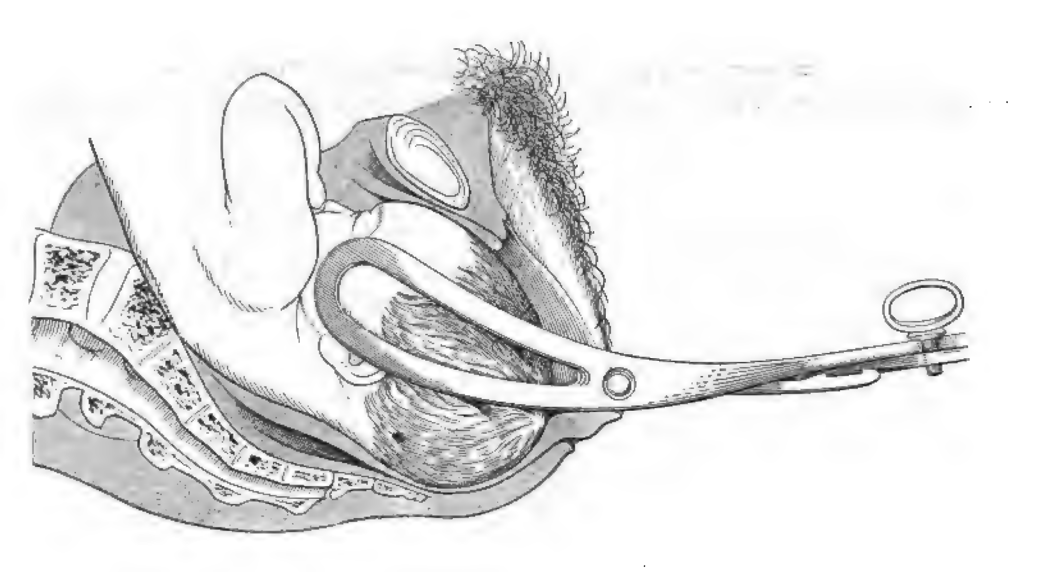


FIGURE 7. — Sommet, en position directe OCCIPITO-SACRÉE. Le coccyx est vaincu par la traction horizontale ; l'occiput entré dans le bassin mou, dilate principalement le périnée postérieur (ano-coccygien). Les manches ne peuvent encore se relever notablement : l'on va même les abaisser un instant pour dégager le front hors de l'arcade pubienne.

en dessus, par exemple à pleine main gauche (main de traction), entre le pivot et la vulve, le plus près possible des cuillères afin, tout en tirant, d'abaisser, d'appuyer ; saisissez de même l'extrémité des manches en dessous, à pleine main droite (main de flexion et de constriction). De la seule main gauche, exécutez les tractions comme il vient d'être dit ; d'abord horizontalement pour engager définitivement l'occiput dans le bassin mou, puis un peu en bas, pour amener le front hors de l'arcade pubienne.

Lorsque vous aurez ainsi franchi le détroit inférieur, amené le crâne dans le bassin mou, senti le front hors de l'arcade pubienne, la racine du nez étant sous la symphyse, constaté l'énorme distension que l'occiput impose au périnée postérieur (fig. 8), vous devrez cesser de tirer en bas, sous peine de défoncer le plancher pelvien. Il vous faut maintenant faire progresser le crâne ou plutôt l'occiput dans le bassin mou, l'engager dans le détroit vulvaire et enfin l'en dégager.

La tête ne peut plus descendre, retenue qu'elle est par le périnée qui bombe déjà d'une façon inquiétante ; la face et le point sus-nasal ne peuvent donc plus progresser. Ce point sus-nasal, immobile sous la symphyse, sert de centre au mouvement de flexion que vous allez produire en relevant le forceps de la main droite tout en soutenant énergiquement la traction de la main gauche. Par cette flexion, l'occiput seul s'avance dans le bassin mou, glissant, avec une énorme distension, par-dessus l'anus, du périnée postérieur au périnée antérieur où l'anneau vulvaire l'arrête (fig. 9).

A ce moment, la région cervico-dorsale correspond au coccyx ; le vertex montre dans la vulve à peu près toute la longueur de la suture sagittale ; les bosses pariétales, qui ne passent ni sans effort ni surtout sans danger, commencent à fatiguer les côtés de l'orifice. C'est alors que, la flexion s'exagérant encore nécessairement, de par l'érection du forceps qui reste toujours moindre que dans l'occipito-pubienne, le périnée antérieur, la fourchette vulvaire, dis-

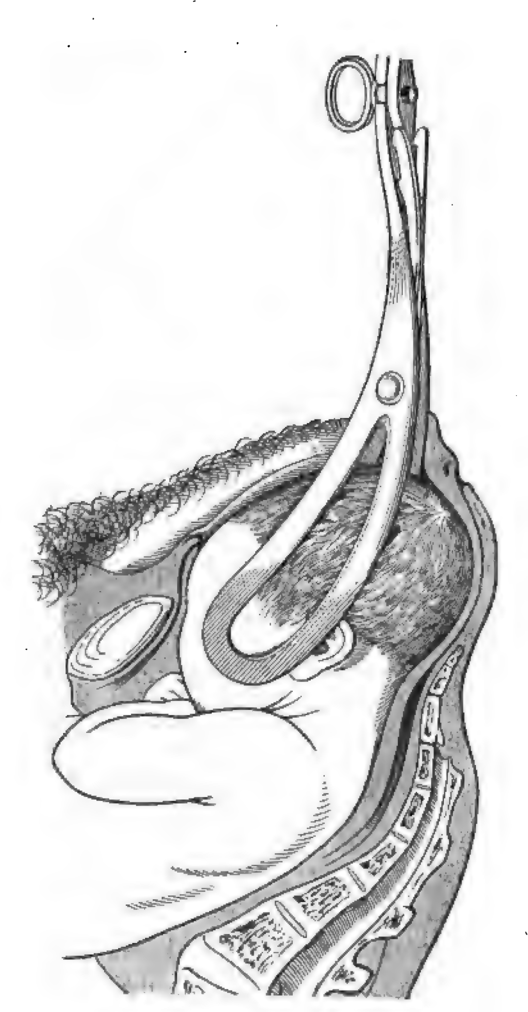


FIGURE 8. — Sommet, position directe OCCIPITO-SACRÉE. L'occiput étant dans le bassin mou et le sous-occiput sur le coccyx, la tête ayant un peu tourné pour amener une bosse frontale sous la symphyse, le front à son tour est sorti du bassin osseux. L'on sent que ce dégagement eût été contrecarré par un relèvement prématuré des manches du forceps et qu'il a pu être facilité par un léger abaissement momentané.

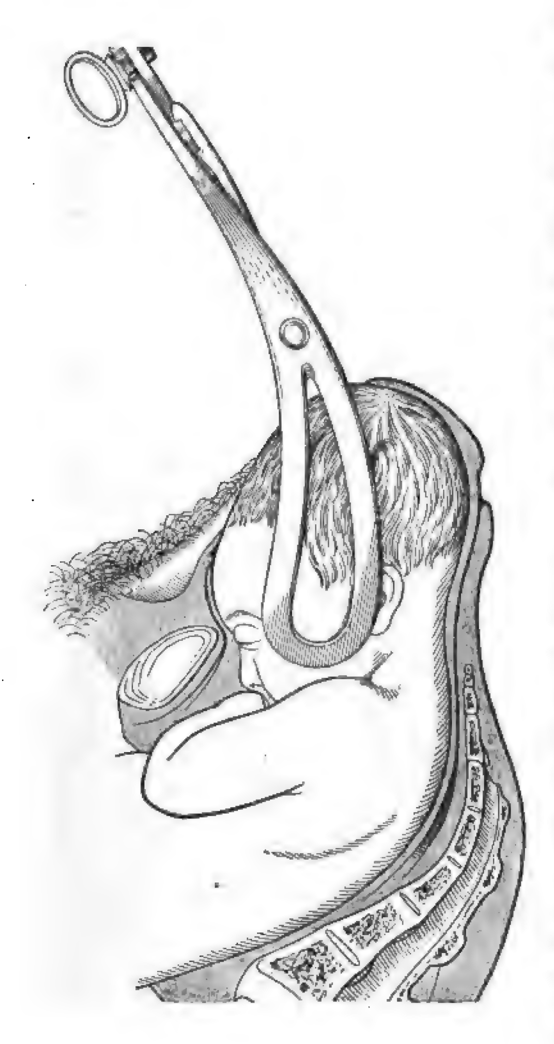


Figure 9. — Sommet, position directe OCCIPITO-SACRÉE. Le forceps se relève, la flexion de la tête augmente, et l'occiput ayant dilaté le périnée antérieur après le postérieur, n'est plus retenu que par la fourchette vulvaire.



FIGURE 10. — Sommet, position directe OCCIPITO-SACRÉE. Le forceps très relevé a fait sortir l'occiput hors de la vulve ; le périnée s'est retiré ; il n'y a qu'à laisser tomber la tête pour que la face apparaisse à l'extérieur.

tendus au maximum, se retirent en arrière avec ou sans déchirure (fig. 10), dégageant la grande circonférence occipito-frontale, expulsant l'occiput qui, si l'on abaisse le forceps, tombe aussitôt en déflexion et amène à l'extérieur le front et la face jusqu'ici retenus, l'un sous la commissure vulvaire antérieure, l'autre derrière les pubis.

Toute cette manœuvre doit s'opérer avec la plus grande lenteur.

(Même position du Sommet, OCCIPITO-SACRÉE, flexion incomplète.)

Dans ce cas que représente la figure 11, vous devez vous proposer d'abord d'appliquer le forceps une première fois, pour fléchir la tête.

Vous placerez les cuillères non pas sur les deux régions pariéto-malaires, puisque c'est impossible, mais en arrière des oreilles. En tirant, vous produirez la flexion (tête pointillée). Mais comme votre prise n'est pas solide n'étant pas régulière, les cuillères glisseront et déraperaient bientôt. Vous vous arrêterez quand vous sentirez qu'elles lâchent, et retirerez l'instrument après l'avoir désarticulé comme toujours. Un travail utile aura été fait. La tête n'est pas encore engagée dans le détroit, mais elle est fléchie, c'est le point capital. Car fléchie, elle peut s'engager spontanément ou être reprise par une seconde application du forceps, régulière cette fois, puisque les lignes pariéto-malaires sont devenues préhensibles.

En général, l'on ne perd pas de temps à espérer l'accouchement spontané, entre les deux applications ; et la première, aussitôt son effet produit, est suivie immédiatement de la seconde, faite dans les mêmes conditions que lorsqu'on trouve la tête fléchie parfaitement (1).

(1) Pour l'historique des deux questions ci-dessus exposées : *Filière vagino-périnéo-vulvaire* et *son fonctionnement pendant la période d'expulsion de l'accouchement* (que résume le tableau ci-joint, p. 129). Voyez : *Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical*, par H. VARNIER. Paris, 1888, G. Steinheil. Ce mémoire reproduit, dans une partie critique, les descriptions et les figures des classiques.

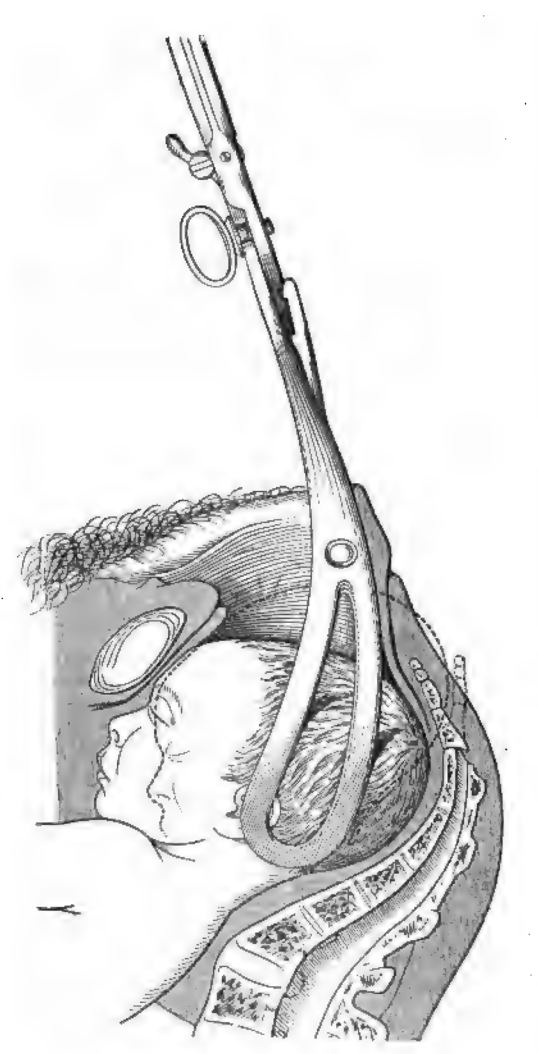


Figure 11. — Sommet non fléchi, en position directe OCCIPITO-SACRÉE. Forceps appliqué d'abord sur les mastoïdes pour produire la flexion, l'attitude du contour pointillé.

TABLEAU COMPARATIF DES CINQ TEMPS DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT (1)

TEMPS	Sommet premier	Face première	Épaules après Tête ou Siège	Siège premier	Tête dernière
1 Engagement dans le détroit supérieur.	*Orientation oblique* du maître-diamètre. Amoindrissement par *flexion.*	*Orientation oblique* du maître-diamètre. Amoindrissement par *déflexion.*	*Orientation oblique* du maître-diamètre. Amoindrissement par *compression* prépulsant et rapprochant les acromions.	*Orientation oblique* du 1er maître-diamètre (SACRO-TIBIAL). Amoindrissement par *compression.*	*Orientation oblique* du maître-diamètre (VERTÉBRO-MENTONNIER). Amoindrissement par *flexion.*
2 Descente.	*Progression* simple.	*Progression.* Rotation de descente nécessaire pour transformer les pos. post. en pos. ant.	*Progression* simple.	*Progression.* Le premier maître-diamètre s'amoindrit et le cède enfin au BITROCHANTÉRIEN.	*Progression* simple.
3 Attaque du détroit inférieur.	*Orientation antéro-postérieure* du maître-diamètre par *rotation* qui amène *l'occiput en avant.*	*Orientation antéro-postérieure* du maître-diamètre par *rotation* qui amène le *menton en avant.*	*Orientation antéro-postérieure* du maître-diamètre par *rotation* qui place une *épaule en avant,* l'autre *en arrière.*	*Orientation antéro-postérieure* du nouveau maître-diamètre (BITROCHANTÉRIEN) par *rotation* qui place une *hanche en avant,* l'autre *en arrière.*	*Orientation antéro-postérieure* du maître-diamètre par *rotation* qui amène le *menton en arrière.*
4 Passage du détroit inférieur. Entrée dans le bassin mou.	A. Engagement jusqu'à la circonférence S.-O.-B. par *progression.* B. Passage du front devant le coccyx par *déflexion.*	A. Engagement jusqu'à la circonférence hyo-bregmatique par *progression.* B. Passage de la région pariéto-occipitale devant le coccyx par *flexion.*	A. Passage de l'épaule antérieure par *progression.* B. Passage de l'épaule post. par flexion latérale du dos ou du cou (*inflexion*).	A. Passage de la hanche antérieure par *progression.* B. Passage de la hanche postérieure par *inflexion* vertébrale.	A. Engagement du menton et de la face par flexion. B. Passage du front par *flexion* exagérée.
5 Passage de la vulve. Dégagement.	A. Engagement jusqu'à la circonférence S.-O.-B. par *progression* et *déflexion.* B. Dégagement du front et de la face par *déflexion* exagérée et *retrait du périnée.*	A. Engagement jusqu'à la circonférence hyo-bregmatique par *progression* et *flexion.* B. Dégagement de l'arrière-tête par *flexion* exagérée et *retrait du périnée.*	A. Sortie de l'épaule antérieure par *progression.* B. Dégagement de l'épaule post. par *inflexion* exagérée et *retrait du périnée.*	A. Sortie de la hanche antérieure par *progression.* B. Dégagement de la hanche postérieure par *inflexion* exagérée et *retrait du périnée.*	A. Sortie du menton et de la face par *flexion.* B. Dégagement du front et de l'arrière-tête par *flexion* exagérée et *retrait du périnée.*

(1) Extrait du chapitre II : *Mécanisme de l'accouchement.*

DE L'ACTION DES ANTISEPTIQUES SUR LE PÉRITOINE

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine,
F. de Grandmaison, interne des hôpitaux, préparateur adjoint au laboratoire d'histologie de la Faculté, et **Marcel Bresset**, externe des Hôpitaux (1).

IV

Action des divers antiseptiques en particulier.

1. Acide phénique. — Nos expériences ont été faites avec une solution phéniquée à 1 p. 100. Elles ont porté sur sept chiens. Deux sont morts empoisonnés. Les autres ont été mis à mort au quatrième ou au dixième jour. Dans tous les cas, le péritoine présentait à l'œil nu un aspect normal ; une seule fois, chez un chien tué quatre jours après le lavage nous avons trouvé l'intestin un peu rouge.

Si les lésions macroscopiques sont nulles ou presque nulles, il n'en est pas de même des lésions histologiques. Au bout de cinq minutes, les cellules sont déjà séparées les unes des autres par des dépôts abondants d'argent. Du premier coup, en quelque sorte, les cellules se sont ratatinées, les lésions sont arrivées au deuxième et au commencement du troisième degré.

Au bout de quatre jours, la desquamation cellulaire est énorme. A certains endroits on ne trouve que quelques

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, Janvier 1891.

Errata. — Les épreuves du début de ce mémoire, paru dans le numéro précédent, s'étant égarées, quelques fautes d'impression ont subsisté dans le tirage. Nous prions donc le lecteur de rectifier ainsi qu'il suit :

Page 24, ligne 24, supprimer *l'homme*.

Page 25, ligne 5, *au lieu* de *prition : lire*, *sécrétion*.

Page 28, ligne 9, supprimer *une*.

Page 28, ligne 30, *au lieu* de *Klesnenberg : lire*, *Kleinenberg*.

Page 36, ligne 26, *au lieu* de *porte : lire*, *sorte*.

Page 38, ligne 2, *au lieu* de *caillots : lire*, *cellules*.

groupes de cellules, 10 ou 20 qui sont restées en place. En d'autres endroits, les cellules ont persisté en plus grand nombre ; mais au milieu de ces groupes on voit des trous ; un, deux ou trois éléments sont tombés, laissant voir la membrane anhiste qui ne fixe pas l'argent. Toutes les cellules qui restent sont granuleuses, d'un gris foncé, leurs contours sont épaissis, sans dentelures. La figure IV a été faite d'après une préparation de péritoine ayant subi l'action de l'acide phénique.

Au dixième jour, les cellules présentent encore des altérations manifestes, épaississement des travées intercellulaires, état légèrement granuleux du protoplasma. Malheureusement, nous n'avons laissé qu'un seul chien vivre jusqu'au dixième jour, et les préparations que nous avons obtenues avec le péritoine de cet animal n'ont pas été assez réussies pour qu'on puisse dire si les parties qui avaient subi la desquamation étaient de nouveau revêtues de cellules jeunes.

2. SUBLIMÉ. — Les expériences ont porté sur 12 chiens. Chez deux de ces animaux, le lavage a été fait avec la solution de Van Swieten à 1 p. 1000, et l'abdomen a été laissé rempli de cette solution pendant cinq minutes. Ces deux chiens ont succombé dans les vingt-quatre heures.

L'autopsie a montré d'énormes lésions macroscopiques. Il y avait un épanchement séro-sanguin abondant, une congestion intense de tout l'intestin avec extravasations sanguines le long des vaisseaux du mésentère. Ce dernier dans l'intervalle des anses vasculaires était devenu opalin, presque opaque en certains endroits.

Deux chiens ont subi le lavage avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, 1 p. 2000.

Chez l'un le lavage a été fait avec la solution de sublimé sans autre précaution. Il est mort au bout de deux jours. Chez cet animal, nous avons réouvert l'abdomen au bout de 2 heures et demie. Il y avait déjà des lésions macroscopiques manifestes. L'abdomen était rempli d'une sérosité sangui-

nolente ; l'intestin était rouge et congestionné ; le mésentère opalescent. A l'autopsie, nous avons trouvé des lésions de même nature mais plus accentuées. L'autre chien ayant subi le lavage par la méthode décrite par l'un de nous, a été mis à mort 19 jours après. Il existait entre les anses intestinales de nombreuse adhérences, qui ont rendu difficile l'examen microscopique.

Les huit autres chiens ont subi le lavage avec des solutions à 1 p. 3000 (1), ou à 1 p. 5000 (7). Deux de ces animaux ont succombé dans la nuit, sans présenter de lésions macroscopiques apparentes du péritoine.

Les autres sont morts ou ont été tués après 24 heures, 48 heures, 10 jours. Le péritoine de tous ces animaux présentait des lésions macroscopiques graves. Au bout de 24 heures nous avons trouvé (4) le péritoine rempli d'un liquide séro-sanguin, l'épiploon ratatiné et ecchymosé, l'intestin rouge, et le mésentère plein d'ecchymoses. Au bout de 48 heures (2) l'épanchement était un peu moins considérable, ce qui n'a rien de surprenant, car l'épanchement du premier jour est en partie constitué par le liquide laissé dans l'abdomen. Mais l'épiploon, l'intestin et le mésentère étaient encore dans le même état, rouges et ecchymosés ; en outre il y avait quelques fausses membranes entre les anses intestinales. Au dixième jour, il n'y avait plus d'épanchement ni de congestion : la couleur était normale, mais toutes les anses intestinales étaient réunies en un paquet adhérent, ce qui a rendu impossible l'examen histologique du péritoine.

Voici les résultats de l'examen microscopique des cellules endothéliales après imprégnation au nitrate d'argent. Nous les décrivons d'un seul coup, car les résultats ont été à peu près les mêmes quel que soit le taux de la solution employée de 1 p. 1000 à 1 p. 5000.

Au bout de trois minutes d'action, on trouve déjà les contours cellulaires dessinés par de grosses travées noires. Les cellules sont rétractées, c'est l'altération du second degré. Au bout de cinq minutes les altérations sont plus

graves, mais nous ne les avons pas toujours trouvées identiques à elles-mêmes. Tantôt ce sont les altérations du 3e stade qui dominent, contours cellulaires épaissis et imprégnation positive totale des cellules ; tantôt ce sont celles du 4e stade caractérisées par la desquamation cellulaire, qui sont plus frappantes. Et même dans certaines préparations on ne trouve plus de cellules endothéliales, la desquamation a été complète, tandis que les cellules des vaisseaux tout à fait normales apparaissent très nettement avec leurs contours onduleux finement dessinés par l'argent.

De même au bout de 48 heures, on trouve suivant les animaux, et aussi suivant les préparations des altérations du 3e ou du 4e degré, et même, en certains points, seulement du second.

J'ai déjà dit que les examens histologiques des pièces recueillies au dixième jour et plus tard avaient été rendus très difficiles par la présence d'adhérences nombreuses. Toutefois nous avons pu obtenir quelques préparations, mais l'interprétation en est fort diffficile. En certains points on ne trouve aucune cellule endothéliale ; peut-être est-ce à la place d'adhérences décollées ou rompues. Dans d'autres points les cellules endothéliales forment encore un carrelage régulier, mais quelques-unes ont des contours épaissis et un protoplasma granuleux. Enfin, en d'autres endroits, on voit une quantité d'éléments de très petites dimensions. Ces éléments ont à peine le tiers ou le quart de la dimension des cellules péritonéales ordinaires ; ils sont circonscrits par des traits argentiques un peu épais. Comme nous n'avons jamais pu réussir à colorer simultanément les noyaux et les contours cellulaires, il nous est impossible de dire s'il s'agit là d'éléments jeunes en voie de prolifération, ou s'il s'agit de fragments de cellules détruites.

En somme, les solutions même faibles de sublimé à 1 p. 5000, déterminent des lésions graves du péritoine. Elles amènent une diapédèse intense se traduisant par un épanchement rougeâtre et par des ecchymoses de l'épiploon et

du mésentère (bien que nous n'ayons jamais constaté d'altérations des cellules endothéliales des vaisseaux). Elles entraînent des altérations graves et même la destruction des cellules endothéliales.

3. BIIODURE DE MERCURE. — Nous avons employé une solution de biiodure de mercure à 1 p. 10000 (1). Nos expériences ont porté sur deux chiens, qui ont été mis à mort au bout de 3 et 7 jours. Les lésions macroscopiques étaient très légères : seulement un peu d'épaississement du mésentère. Sur le chien mis à mort au 7e jour, il y avait des adhérences molles assez étendues entre les anses intestinales ; mais nous avions ouvert deux fois l'abdomen de ce chien, la première fois pour faire le lavage, la seconde fois, trois jours après pour constater l'état macroscopique des parties ; il est possible que le second traumatisme soit pour quelque chose dans la production de ces adhérences.

Au microscope, après imprégnation au nitrate d'argent des pièces recueillies au troisième jour, les cellules sont très altérées : les unes ont complètement fixé le nitrate d'argent, les autres également imprégnées sont en partie détruites. (3e et 4e stade).

Au septième jour les altérations sont sensiblement les mêmes.

4. ACIDE SALICYLIQUE. —Nous avons fait une seule expérience avec une solution contenant 6 grammes d'acide salicylique et 100 grammes d'alcool pour 1000 grammes d'eau. L'effet immédiat du lavage est tout à fait frappant. L'intestin se contracte, les vaisseaux diminuent de calibre et disparaissent, tout se décolore : au bout de 4 à 5 minutes, l'intestin tout à fait rétracté et le mésentère sont blanc opaque comme de la porcelaine ; en outre leur surface est devenue irrégulière, rugueuse, comme chagrinée. Au bout de 48 heures, quand nous avons sacrifié l'animal, nous avons

(1) Cette solution, qui était celle qu'employait M. le professeur Trélat, contient un peu d'iodure de potassium.

trouvé dans l'abdomen un épanchement abondant sur lequel nageaient de larges gouttes huileuses. C'est la seule fois, dans tout le cours de nos expériences, que nous ayons rencontré ces gouttes huileuses. L'intestin était rouge, et les anses réunies par des adhérences molles. Si les altérations macroscopiques étaient énormes, les modifications microscopiques ne le sont pas moins. On ne trouve plus trace de l'endothélium péritonéal : les cellules sont tombées, il n'en reste que des débris informes : mais les cellules des vaisseaux sont intactes.

L'aspect de la préparation est tout à fait semblable à celui qui a été représenté dans la fig. VI. (Cette figure a été faite d'après une autre préparation dont il sera question plus loin.) Au bout de 48 heures, l'état est le même ; on voit une sorte de trame fibrillaire et pas une cellule endothéliale dessus.

5. Solution de Rotter (1). — Rotter a réuni dans une solution un grand nombre de substances antiseptiques, chacun à dose très faible, pensant que les effets antiseptiques s'ajouteraient, tandis que les effets toxiques ne s'ajouteraient pas. Nous nous sommes décidés à expérimenter cette solution après avoir constaté que Schœde s'en servait couramment. Confiant dans l'affirmation que cette solution n'était pas toxique, nous avons fait avec elle un grand lavage du péritoine. Le chien est mort 16 heures après (2). A

(1) La formule de cette solution est la suivante. Pour un litre d'eau :

Sublimé	0,05.
Chlorure de sodium	0,25.
Acide phénique	2,0
Chlorure de zinc	
Phénol-sulfate de zinc	5,0
Acide borique	3,0
Acide salicylique	0,6
Thymol	0,1
Acide citrique	0,1

Elle a été publiée dans le *Cent. f. Chir.* 1888, n° 40, p. 729.

(2) Nous avons dans une autre expérience injecté 20 cent. cubes de la

l'autopsie qui n'a été faite que 30 heures après la mort, nous avons trouvé un peu d'épanchement sanguinolent dans le péritoine; l'intestin était rouge et dépoli, le mesentère très congestionné avec des ecchymoses le long des vaisseaux. L'autopsie a été faite trop tard, pour que l'examen microscopique soit encore possible.

Sur les pièces recueillies cinq minutes après le lavage, nous n'avons constaté que peu d'altérations. Par places, les cellules présentent leur aspect absolument normal. En d'autres points, elles sont manifestement altérées; mais les altérations diffèrent un peu de ce que nous avons observé avec les autres antiseptiques. Elles sont grises et granuleuses, ayant subi une imprégnation positive partielle, mais leurs contours ne présentent aucun épaississement. Il semble n'y avoir pas eu de rétraction.

6. Violet de méthyle. — Les couleurs d'aniline ayant été vantées par Stilling comme antiseptiques, nous avons voulu étudier leur action sur le péritoine. Elles ont le grand avantage de n'être nullement toxiques. Nous en avons injecté à des lapins et à des chiens dans la cavité abdominale sans déterminer le moindre phénomène d'intoxication. Sous leur influence, tout le péritoine se colore en violet; puis le liquide s'élimine; nous n'avons pu étudier les voies d'élimination, ce qui était tout à fait en dehors du cadre de nos recherches; mais nous avons été frappé du fait suivant. Lorsqu'on injecte des quantités notables de solution de violet de méthyle dans le péritoine, cette solution s'élimine, mais aucun organe, autre que le péritoine, ne se colore en violet et le sang ne change pas de couleur. Il est donc bien certain que la matière colorante ne sort pas du péritoine en nature. Ou bien elle est momentanément fixée par le péritoine lui-même, ou bien elle est transformée par lui.

---

solution de Rotter dans le péritoine d'un cobaye. L'animal est mort dans la nuit, sans altération macroscopique du péritoine. L'examen histologique n'a pas été fait.

La solution que nous avons utilisée pour laver le péritoine était à 1 p. 4,000. A la suite de ces lavages, les imprégnations au nitrate d'argent ont complètement échoué ; nous ne pouvons donc donner de résultats de l'ordre de ceux que nous avons indiqués jusqu'ici; mais nous avons constaté un fait fort intéressant. Après avoir fait agir une solution à 1 p. 4,000 sur le péritoine d'un lapin vivant, nous avons vu très nettement que les noyaux des cellules du péritoine et des capillaires avaient fixé la matière colorante. S'il est vrai, comme on l'admet généralement, qu'une cellule dont le noyau se colore est une cellule morte, il faut en conclure que le violet de méthyle exerce une action énergiquement destructive sur l'endothélium péritonéal. Du reste les solutions même à 1 pour 4,000 ont encore une telle puissance colorante qu'elles teindraient complètement l'opérateur, l'opéré et le matériel, ce qui les rend inutilisables pour la chirurgie générale.

7. Acide borique. — Une seule expérience a été faite avec une solution d'acide borique à 3 p. 100. L'animal a été mis à mort au bout de 48 heures ; nous n'avons constaté aucune altération macroscopique. Les altérations microscopiques sont extrêmement légères. Sur deux pièces recueillies après cinq minutes de lavages, l'une ne présentait aucune altération. Sur l'autre, on voyait quelques points noirs angulaires, un très petit nombre de points marginaux, et peut être un peu plus de cellules fixant le nitrate d'argent qu'il n'en existe dans le péritoine normal. Au bout de 48 heures, il restait encore quelques points angulaires. En somme, l'acide borique n'a produit qu'une légère rétraction angulaire, et ne portant que sur un petit nombre de cellules, c'est-à-dire des lésions insignifiantes (1).

---

(1) Nous avons voulu aussi expérimenter le naphtol B. Nous avons injecté par un trocart 100 grammes d'une solution ou plus exactement d'une suspension de naphtol B à 7 p. 100 dans le péritoine d'une chienne de moyenne taille. L'effet immédiat fut effrayant. L'animal aussitôt détaché tombe sur le flanc. Il est dans l'impossibilité absolue de se tenir debout. Quelques instants après

Après avoir étudié l'action des principaux antiseptiques utilisés, nous avons voulu soumettre à l'expérimentation deux autres liquides fréquemment employés dans les laparotomies, l'eau distillée et la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1,000.

8) EAU DISTILLÉE. — Nos expériences ont porté sur cinq chiens. Sur deux d'entre eux nous avons fait des lavages à la température du corps, 39°, comme avec toutes les solutions antiseptiques précédemment étudiées. Au bout de cinq minutes et de 48 heures, nous avons trouvé absolument le même état des cellules. Elles ont subi la rétraction angulaire et la rétraction marginale se traduisant par des points noirs angulaires et marginaux. Les lésions sont donc nettement du second degré.

Sur trois autres chiens, nous avons employé l'eau distillée à 50 et 52° ; certains chirurgiens l'employant à cette température dans le but d'arrêter les hémorrhagies capillaires. Ces animaux ont été mis à mort au bout de 4 jours, 9 et 10 jours. Il n'y avait aucune altération macroscopique du péritoine. La température élevée ne paraît pas avoir eu grande action sur les cellules. Au bout de cinq minutes, les altérations ne sont pas plus considérables qu'avec l'eau à 39°. Mais après quatre jours, on trouve un certain nombre de cellules granuleuses. Il en est de même au dixième jour. On voit des groupes de cellules granuleuses dont les contours sont épaissis ; mais en beaucoup d'endroits, il n'y a aucune espèce d'altération. On ne peut donc pas dire que l'élévation de la température ait été indifférente, mais il semble que son action se soit bornée à accélérer l'évolution de certaines cellules, sans doute les plus anciennes, et à déterminer une caducité plus rapide. Mais comme ces cellules ne sont pas

---

surviennent des vomissements répétés puis un flux diarrhéique abondant. Au bout d'une heure, l'animal a l'écume à la bouche ; il commence à se redresser sur ses pattes de devant, mais il ne peut encore se tenir sur celles de derrière. Il s'est remis peu à peu, et a survécu. Cette première tentative ne nous a pas encouragés à continuer nos expériences avec le naphtol.

encore desquamées au dixième jour, il est vraisemblable que cette altération n'aurait que peu d'inconvénients pratiques.

9. Eau salée. — Nous avons employé la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, élevée à la température de 39°, une seule expérience a été faite. Le chien a été sacrifié au bout de 48 heures. Il n'y avait aucune altération macroscopique.

Les pièces recueillies cinq minutes après le lavage présentent un aspect à peu près normal. Les cellules sont dessinées par de fins contours légèrement ondulés. On trouve seulement par place quelques points angulaires, et un ou deux points marginaux, sur une très grande étendue. Au bout de 48 heures, les points angulaires sont devenus plus nombreux. La majorité des cellules présentent les altérations du premier degré.

Enfin, nous avons cherché si les divers traumatismes auxquels est soumis le péritoine au cours d'une laparotomie n'ont pas d'action nocive sur les cellules du péritoine.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier.

Le Dentu. — A l'occasion d'un rapport sur un travail de M. le Dr Para : **Traitement de l'endométrite par le curage combiné à l'écouvillonnage**, le rapporteur termine une étude comparative des différences de traitement de l'endométrite par les conclusions suivantes : la cautérisation au chlorure de zinc, au moyen de pâte de Canquoin, doit être absolument proscrite, parce qu'elle expose trop à l'atrésie, et que, par l'énergie inutile de son action, elle compromet trop l'avenir fonctionnel de l'utérus. Les caustiques liquides, mis en contact avec la face interne de l'utérus, fraiche-

ment raclée, sont évidemment beaucoup moins à redouter ; ils ne sont pas appelés à agir alors comme moyens destructeurs, mais seulement comme agents irritants et modificateurs.

Discussion : POLAILLON défend la cautérisation de l'utérus par les flèches caustiques, mais en insistant de nouveau sur les précautions qu'elle exige, et surtout sur l'observation soigneuse des indications. Contre-indiquée tant qu'il n'existe pas de maladie profonde, invétérée de la muqueuse de l'utérus, elle se montre, pour ainsi dire, souveraine dans les métrites fongueuses, hémorrhagiques, celles qui rappellent, à s'y méprendre, le cancer de la muqueuse utérine. BUDIN, par contre, cite l'exemple d'une jeune femme qui, n'ayant plus ses règles depuis 4 à 5 mois, se croyait enceinte. Or, l'examen, loin de confirmer cette idée, démontra que *l'utérus était absolument atrophié, réduit à un état rudimentaire,* conditions consécutives vraisémblablement à un traitement par des crayons au chlorure de zinc, subi 5 mois environ auparavant, dans un des services hospitaliers de Paris. Selon toute probabilité, cette femme ne sera plus menstruée et restera stérile. LE DENTU admet que la cautérisation par les flèches caustiques, entre des mains habiles et prudentes, est susceptible de donner de bons résultats, mais il la considère comme extrêmement dangereuse, lorsqu'elle est appliquée, à tort et à travers, par des mains inexpérimentées. R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 *novembre* 1890.

LAMOTTE, au nom de Bar, présente un **placenta unique**, provenant d'une grossesse gémellaire. Il y avait 2 poches distinctes, et hydropisie de l'un des œufs (2,500 gram. de liquide), tandis que le liquide amniotique était rare dans l'autre (500 gram.). D'autre part, l'injection des vaisseaux placentaires mit en évidence une anastomose artérielle, large, centrale, indiquant qu'il devait y avoir réellement fusion entre les deux circulations qui trouvaient dans la partie moyenne du placenta un large territoire commun.

PAJOT. Rapport sur une observation **d'accouchement triple** (lue à la séance de novembre par le Dr Poitou-Duplessy). Il s'agit d'un accouchement triple compliqué d'accidents, fort intéressants, chez

une femme IIpare. Le ventre était énorme. La femme était en travail à l'arrivée de notre confrère. L'observation ne dit pas si la grossesse était à terme, mais cela est probable, puisque les trois fœtus, pesaient ensemble 7400 gr. Le travail marcha lentement, pourtant la dilatation, d'un franc à 4 heures du matin, était complète à 8 heures, ce qui n'a rien d'extraordinaire comme lenteur. Bientôt les contractions s'affaiblirent et, après avoir rompu les membranes, la tête descendit dans l'excavation, mais les douleurs s'espacèrent de plus, en plus et devinrent très faibles, notre confrère appliqua le forceps et un premier enfant vivant fut extrait. Les mêmes phénomènes se reproduisirent pour les deux autres fœtus et deux autres fois la même conduite fut suivie et eut les mêmes résultats. Ici, je ferai une remarque. Pour les deux premiers enfants, je n'ai rien à dire et j'aurais probablement suivi la même conduite, mais pour le troisième, peut-être, me serais-je un peu moins pressé. *Il n'y avait aucun accident*, et comme nous savons tous qu'un utérus aussi distendu se contracte d'abord faiblement et plus tard se rétracte difficilement, j'aurais craint le défaut de rétraction, après l'évacuation complète de l'organe, et les conséquences qu'entraîne ce défaut de rétractilité. J'aurais laissé à la matrice le temps de se reposer, puis de se contracter, *puisqu'il n'y avait pas urgence*, et j'aurais ainsi placé l'organe, dans des conditions plus favorables pour la délivrance. La crainte de produire des eschares et des fistules n'était pas fondée, puisque les membranes étaient intactes et que le sommet n'était pas à la vulve, depuis plusieurs heures, quand le forceps a été appliqué la 3e fois. En agissant ainsi, c'était certainement placer l'utérus dans des conditions plus favorables et sans inconvénient, etc. Toujours est-il, qu'avec la délivrance se produisit une hémorrhagie considérable et ici je ne puis m'empêcher de faire une observation qui a échappé à mon confrère. L'extraction du 3e enfant aurait dû être suivie, immédiatement, de la mise au lit de la position horizontale pour la mère, tête basse, bassin élevé, et c'est dans cette situation seulement que la délivrance aurait dû être faite. Or, l'auteur nous dit que « *par suite de la position de la femme sur le bord du lit, on entendait le sang tomber avec bruit, comme d'un robinet largement ouvert, dans le vase placé dessous* ». A mon sens, c'était une faute de tenter la délivrance dans cette situation, alors que l'idée d'une hémorrhagie probable avait fait prendre à notre confrère des précautions excellentes.

Quant aux moyens employés pour combattre l'accident, je suis heureux de pouvoir dire que je suis complètement d'accord avec l'auteur. L'*ergot*, les injections très chaudes et la compression de l'aorte, par le ventre et non par l'utérus, me compteront jusqu'à la fin de ma vie, parmi leurs plus ardents défenseurs. En terminant, le prof. Pajot rappelle la règle capitale à laquelle il a soumis l'administration de l'ergot et s'élève énergiquement contre la campagne de proscription menée, il y a peu, contre ce médicament.

JOUIN. Rapport sur un **cas de basiotripsie**, observation lue par le Dr Auger (de Montréal).

SCHWARTZ. Rapport sur un mémoire de Jacobs, intitulé : **Remarques cliniques et opératoires sur une série de cinquante laparotomies.** Il y a 47 guérisons et 3 décès. Soit une mortalité de 6 0/0.

« Avant de passer à l'énonciation des différents cas qui ont nécessité l'intervention chirurgicale, l'auteur nous donne un aperçu général sur son outillage chirurgical, sur la salle d'opération, sur la façon dont il fait l'antisepsie. Rien de bien spécial à noter, si ce n'est que la désinfection des instruments est obtenue par le séjour dans l'eau bouillante pendant cinq minutes avant l'opération, que celle des instruments à mors, comme pinces à forcipressures, à dissection, par le flambage à la lampe à alcool. Cette dernière manière de faire à des inconvénients au point de vue de la bonne conservation des instruments ainsi traités. Pendant l'opération, pas d'éponges ou rarement, mais les compresses aseptiques trempées dans de la liqueur de Van Swieten dédoublée au moment de l'opération. La manière d'opérer, les soins consécutifs, ne diffèrent en rien de ce que nous voyons et faisons journellement.

Opérations pour fibro-myômes utérins. — 2 hystérectomies abdominales avec pédicule extra-péritonéal; *guérisons;* 1 hystérotomie avec réduction du pédicule et de sa ligature élastique : guérison après accidents inflammatoires aseptiques déterminés par la ligature et nécessitant encore 2 laparotomies consécutives; 1 castration double, *guérison;* 2 ablations de fibromes pédiculés avec pédicules réduits, guérisons.

L'auteur n'est pas partisan exclusif de la méthode intra-péritonéale qui expose davantage à l'infection péritonéale et aux hémorrhagies, quand la cavité utérine a été ouverte.

Opérations pour tuberculose du péritoine et des organes génitaux. — 3 laparotomies, 3 guérisons opératoires ; les malades

n'ont point vécu assez longtemps pour pouvoir parler de guérisons définitives.

Opérations pour ovario-salpingites et salpingites. — 21 laparotomies dont 18 avec castration uni ou bilatérale et ablation des trompes malades ; 2 avec détachement d'adhérences ; dans ces cas on a fait le drainage ; résultats éloignés excellents. Sur les 21 opérations, 2 *morts*, l'une par péritonite septique, l'autre par congestion pulmonaire.

Laparotomies ou incisions exploratrices. — 5 cas, *guérisons.*

Ovariotomies. — 8 opérations, dont 2 énucléations de kystes du ligament large ; *guérisons.*

Hystéropexies abdominales. — 6 opérations dont 5 pour rétroflexions douloureuses ; 1 pour un prolapsus ; toutes opérations qui ne datent que de 3 à 4 mois au plus. Il serait d'autant plus important de connaître les suites, que l'opérateur ne met qu'un seul fil sur l'utérus pour le fixer à la paroi abdominale et ne crée ainsi qu'une zone d'adhérences bien limitée. En particulier, le prolapsus réci diva quelques mois seulement après l'opération. Aussi l'auteur pense-t-il qu'il est préférable de combiner l'hystéropexie avec les opérations anaplastiques sur le vagin, la vulve et le périnée.

Le mémoire se termine par une observation de tumeur intestinale enlevée par résection de l'intestin et terminée par la *mort.* »

VERRIER. Au nom du Dr Bousquet : Rapport sur **l'emploi du choréoptisme pendant l'accouchement.** *Conclusions.* Le choréoptisme ou hypnotisme provoqué à l'aide du miroir tournant produit chez les sujets en expérience une insensibilité complète ; la suggestibilité ne se développe que lentement, après plusieurs séances ; la catalepsie n'est complète qu'après un entraînement prolongé ; l'état somnambulique est plus difficile à produire. Il peut être employé avec un succès indiscutable pendant le travail de l'accouchement.

Dans tous les cas, un entraînement plus ou moins prolongé est absolument indispensable ; les insuccès sont dus à l'insuffisante durée de celui-ci ou au changement de suggestion dans le cours du travail. Si le choréoptisme est, sans conteste, une curiosité scientifique qui honore son promoteur, il ne me paraît pas démontré qu'il puisse entrer dans la pratique de chaque jour, ni se substituer au chloroforme, ni même à la cocaïne dont l'action est immédiate et certaine, et n'exige aucune préparation.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 janvier.

COMBY. **Paralysies obstétricales du nouveau-né.** — Après un résumé succinct de la question, l'auteur relate 3 observations personnelles: 1° petite fille de *onze jours*, atteinte de paralysie du membre supérieur gauche, avec œdème généralisé, accusé surtout aux extrémités. Accouchement terminé par la version. Traitement: *faradisation* ; 7 jours après, l'œdème avait disparu ; 15 jours après le début du traitement, *guérison* complète ; 2° petite fille de *six semaines* atteinte de paralysie du bras gauche sans œdème. Accouchement (présentation de l'épaule) terminé par la version. Traitement: *faradisation, amélioration légère;* 3° enfant de *six mois*, qui était né en état de mort apparente et qui n'avait été que difficilement ranimé. Il présente de la paralysie des membres supérieurs qui pendent inertes, en rotation en dedans avec pronation de l'avant-bras et flexion des doigts. *Faradisation* pendant plusieurs mois, *sans résultat.*

En résumé, une guérison, une amélioration légère, un échec complet. En général, cependant, la paralysie obstétricale guérit, mais il ne faut pas intervenir trop tardivement. Le traitement est la faradisation, appliquée 3 fois par semaine pendant 5 à 6 minutes. On y joint des frictions, des bains salés, le massage.

Discussion. JOFFROY pense que ces paralysies obstétricales ne comportent pas un pronostic grave. Les échecs éprouvés par M. Comby, tiennent sans doute à ce qu'il se sert des courants faradiques Or, si la fardisation réussit dans les cas légers, elle reste inefficace dans les cas graves, lorsqu'elle ne fait pas contracter les muscles, ce qui est la règle dans ces conditions. Il faut alors recourir aux courants galvaniques, non sous forme de courants continus, mais sous forme de secousses. Il a vu, sous l'influence de ce mode d'électrothérapie, la motilité reparaître dans des muscles où il la croyait définitivement abolie. HAYEM a vu les courants continus, employés sous la forme indiquée par Joffroy, avoir raison d'une paralysie absolue du membre supérieur, à marche progressive. Il est essentiel d'employer des courants qui donnent des réactions musculaires. Toutefois, il ne tient pas le pronostic pour bénin, car, dans les autres cas qu'il a observés, le résultat thérapeutique a été nul ou incomplet. JOFFROY a voulu seulement dire que le pro-

nostic est moins grave qu'on ne le croit généralement. Dans un cas, le plus sérieux qu'il ait observé, la contractilité avait disparu depuis plusieurs mois dans plusieurs muscles, et cependant la guérison a été complète. R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

De la détermination des indications dans les bassins étroits. (Die Indicationsstellung bei engem Becken), par M. Grapow. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd XVII, Hft 1, p. 84.

Dans un exposé succinct, l'auteur montre les changements survenus dans le traitement des bassins rétrécis parallèlement aux découvertes importantes qui ont amélioré l'intervention obstétricale (version, forceps, accouchement prématuré). En quelques lignes, il rappelle les indications principales, au sujet desquelles l'accord est pour ainsi dire fait, et sur lesquelles est basée l'opportunité de l'emploi du forceps et de la version. Il insiste d'une façon toute particulière sur les positions respectives de l'opération césarienne, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré. Son argumentation repose sur des faits cliniques, peu nombreux à la vérité, mais intéressants : a) *accouchement spontané, malgré un bassin rétréci, avec un diamètre antéro-postérieur de* 6 cent. 5 ; b) *accouchement spontané d'un enfant à terme, après accouchements antérieurs, laborieux, ayant exigé les secours de l'art* ; c) *accouchement prématuré artificiel, à la* 37e *semaine, d'un enfant vivant relativement gros,* 3350 *gr.*) *après* 5 *accouchements antérieurs laborieux, se terminant par l'expulsion d'enfants mort-nés;* d) enfin, 5 cas d'opération césarienne, se répartissant comme il suit : e) *opération de Porro, mort de la mère* 6 *jours après l'intervention, enfant vivant;* f) *section césarienne conservatrice, mère et enfant vivants ;* g) *section césarienne conservatrice, mort de la mère* 2 *jours après, enfant vivant;* h) *section césarienne avec issue favorable pour la mère et pour l'enfant;* i) *opération de Freund, mort de la mère au cours de l'opération, enfant vivant.*

Commentant les statistiques, et n'invoquant que celles qui, sont dressées avec des faits postérieurs à l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, il exprime l'opinion, qu'à l'heure actuelle, craniotomie et accouchement prématuré ne comportent pour ainsi dire, pas plus de dangers pour la mère que l'accouchement naturel. Et cela, malgré les brillants résultats de quelques opérateurs, ne peut être dit de l'opération césarienne. D'autre part, il fait observer, en s'appuyant sur l'analyse de statistiques que si, avec l'opération césarienne, on a beaucoup d'enfants vivants, bon nombre d'enfants succombent dans les premières années de l'existence. Aussi, est il d'avis, qu'on doit, encore aujourd'hui, restreindre beaucoup les indications de l'opération césarienne.

A ce sujet, il classe les faits en 2 catégories : *a*) femmes *mariées*, *b*) femmes *non mariées*, et il formule les régles de conduite suivantes : chez les premières, à défaut d'indication absolue, *il ne faut faire l'opération césarienne, que devant le souhait, formellement exprimé par la femme,* ayant toute sa présence d'esprit, et parfaitement prévenue des risques auxquels elle s'expose en subissant l'opération, *d'avoir un enfant vivant; chez les femmes non mariées, d'une manière générale, l'opération césarienne ne doit être faite qu'au cas d'indication absolue.* Parmi les justifications de cette seconde proposition, l'auteur rappelle que la mortalité, entre 2 et 6 mois, des enfants illégitimes est 2 fois 1/2 plus grande que celle des enfants légitimes.

En terminant, l'auteur entre dans quelques détails sur la technique opératoire à suivre pour la perforation et l'accouchement prématuré.

R. L.

Méthode simple de mesurer d'une façon exacte l'inclinaison du bassin. (Eine einfache Methode, auf exakte Weise, die Beckenneigung zu messen), O. Kustner. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 21, p. 377.

L'inclinaison du bassin, la femme étant dans le décubitus dorsal, les cuisses relevées de façon à relâcher la paroi abdominale, s'obtient, en général, aisément. On déprime, d'une main, la paroi abdominale jusqu'à ce que l'on arrive sur le promontoire. On applique alors l'extrémité d'une règle graduée sur le promontoire et avec le talon de la main, on rabat la règle sur la symphyse. La direction de la règle représente exactement l'inclinaison du

bassin. Un appareil gradué fixé sur la portion de la règle qui repose sur la symphyse, indique cette inclinaison.

La femme étant dans la position verticale, ce procédé de mensuration directe est inapplicable. Voici comment on tourne la difficulté ; on mesure, la femme étant couchée, l'angle formé par le plan qui correspond au diamètre conjugué, et un autre plan, dit pubo-spinal, déterminé par 3 points, la symphyse et les 2 épines iliaques antérieures et supérieures. Cet angle est donné par la différence d'inclinaison de ces deux plans. L'appareil de Schultze permet de déterminer facilement l'inclinaison du plan pubo-spinal. Si donc, A représente l'inclinaison du bassin, B celle du plan pubo-spinal, A-B représentera l'angle de ces 2 plans.

Or, l'appareil de Schultze permet de déterminer l'inclinaison de l'angle pubo-spinal la femme étant debout. Il suffira donc d'ajouter ou de retrancher la quantité A-B au chiffre obtenu pour avoir l'inclinaison du bassin.

R. L.

Rectification naturelle des présentations vicieuses; imitation. (The natural rectification of mal presentations ; and its imitation by art), par le Dr A. F. A. King. *Am. Journ. of obst.*, 1889, juin. p. 561.

L'auteur étudie « l'influence de la pression des cuisses sur la « région antéro-latérale de l'abdomen, considérée surtout dans « l'accroupissement, dans la rectification naturelle des présentations « obliques, ou transversales du fœtus ».

Cette étude, dit-il, est nécessairement théorique, vu le petit nombre, 1 sur 250, des présentations transversales. On n'a pas bien étudié le mécanisme de l'accouchement spontané dans l'assoiement, l'agenouillement et l'accroupissement.

Les femmes sauvages prennent plus volontiers que les femmes civilisées la posture accroupie.

Si en s'accroupissant le lecteur place son poing au niveau du ligament de Poupart il le sentira fortement serré entre la cuisse et la paroi abdominale.

C'est cette force que l'auteur propose d'utiliser pour produire une version intra-utérine qui ramènera la tête du fœtus dans l'axe du détroit supérieur.

Ce mémoire, très original, comme tout ce qu'écrit King, mérite d'être lu en entier. Sa critique dépasserait les limites d'une Revue. Il est illustré de nombreuses figures.

A. C.

Procédé de Mauriceau-Lachapelle ou procédé de Wigand-Martin. (Mauriceau-Lachapelle oder Wigand-Martin'scher Handgriff ?), par H. Eisenhart. *Arch. f. Gyn.*, 1889. Bd XXXVI. Hft 2, p. 300.

La manœuvre, conseillée par Mauriceau, dès 1668, pour l'extraction de la tête dernière, est connue de tout le monde. Celle de Wigand est également connue. Mais, Winckel et Martin, en particulier, y ont apporté quelques modifications. Voici comment la décrit l'auteur ; le trait essentiel du procédé consiste en cela, qu'*il n'est opéré aucune traction sur le tronc.* Le véritable agent de dégagement de la tête, c'est la pression exercée à travers la paroi abdominale sur le fond de l'utérus par l'une des mains de l'opérateur. L'autre main étant dans le vagin, l'opérateur introduit le médius dans la bouche de l'enfant jusqu'à la base de la langue, place le pouce contre le bord inférieur du maxillaire inférieur, de façon à équilibrer la pression exercée par le médius, fait exécuter un léger mouvement de rotation à la tête, autour de son axe transverse, mouvement qui a pour but de rapprocher le menton du thorax, en même temps qu'on le dirige vers le côté, c'est-à-dire, qu'on place le diamètre longitudinal de la tête fœtale suivant le diamètre transversal du bassin.

L'auteur a réuni à la clinique de Munich (service de Winckel), 50 cas où le procédé a été appliqué, abstraction faite de tous ceux où des conditions spéciales (enfants avant-terme, enfants morts et macérés), n'eussent pas permis de se faire un jugement précis sur sa valeur. D'autre part, il a pris une statistique de 50 autres cas, où l'on avait employé la manœuvre de Mauriceau, et pour bien faire ressortir la valeur relative des deux méthodes, il a mis en regard, dans des tableaux, les résultats qu'elles ont fournis : délivrance, état des enfants à la naissance, état des mères, suites de couches. De l'examen des tableaux et de l'analyse des observations, il tire les conclusions suivantes.

1) L'*espoir d'avoir un enfant vivant et viable, est au moins sept fois plus grand, quand on procède à la sortie de la tête dernière par le procédé de Wigand-Martin - Winchel, que lorsqu'on a recours à la manœuvre d'extraction de Mauriceau-Lachapelle.*

2) *Par l'emploi de la première méthode, on met l'enfant complètement à l'abri de plusieurs lésions mortelles, et d'un grand nombre de lésions moins graves; enfin, grâce à elle, on*

peut sûrement éviter d'autres lésions (p. ex. du maxillaire).

3) *Bien appliqué, le procédé de Wigand-Martin n'offre pour la mère aucun danger ; dans le plus grand nombre des cas, les suites de couches ne présentent aucune complication, et elles sont plus rarement troublées par des incidents fâcheux que quand on a employé la manœuvre de Mauriceau.*

R. L.

De l'usage du forceps céphalique pour l'extraction du siège. (Ueber den Gebrauch der Kopfzange zur Beförderung der geburt des Steisses), C. FURST. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd XXXVII, Hft 2, p. 333.

L'auteur tient à affirmer, avant tout, qu'à son avis le forceps ne doit être employé que d'une manière tout à fait exceptionnelle, pour l'extraction du siège. Rejetant, d'une façon absolue, le crochet mousse, les forceps spécialement fabriqués pour le siège, il donne la préférence au lacs. Néanmoins, dans quelques cas, le forceps céphalique peut être utilisé. Mais, il importe que l'action du forceps soit inférieure à celle de la contraction utérine, le siège doit progresser plus sous l'influence de l'effort utérin que sous celle de l'instrument ; il ne faut tirer que pendant les contractions et avec beaucoup de prudence. Suit la relation d'un cas, dans lequel l'auteur réussit à extraire le siège à l'aide du forceps court de Simpson, après avoir tenté, sans succès, l'abaissement d'un pied, et avoir recouru, inutilement aussi, à des tentatives nombreuses d'extraction. Il s'agissait d'une femme, âgée de 39 ans, VIIpare. Les 6 premiers accouchements, bien que spontanés, avaient été très laborieux. Diamètre conjugué environ de 9 cent. L'enfant, du sexe féminin, mesurait au moment de sa naissance, 56 cent. 1/2.

Suites de couches normales.

R. L.

Présentation du siège. Application du forceps. (Breechpresentation successful delivery with forceps), par N. KING. *Boston med. and surg Journal*, 21 novembre 1889, t. CXXI, p. 512.

Primipare de 22 ans, au huitième mois : les membranes étaient rompues, le col dilaté et le siège engagé quand l'auteur est appelé : le siège arrive assez rapidement sous la symphyse, mais à ce moment les contractions utérines cessent totalement. L'opérateur fait alors une application de forceps plaçant une branche sur le sacrum, l'autre sur la face postérieure des cuisses et par des tractions lentes et modérées dégage le siège en vingt minutes environ.

Deuxième application de forceps sur la tête dernière : cette manœuvre amène une déchirure du périnée allant jusqu'au sphincter anal; l'enfant qui était en état de mort apparente est revenu à la vie ; la mère a guéri.

P. Noguès.

Rétention d'urine du fœtus, dystocie. (Geburtshinderniss, bedingt durch die excessiv erweiterte Harnblase des Fœtus, par Silbermann. *Wien med.Presse*, 1890, n° 9, p. 332.

L'auteur a été appelé, le 3 novembre dernier, auprès d'une primipare de 18 ans qui en était au 7e mois de sa grossesse et depuis 24 heures avait des douleurs toutes les 15 minutes. Le travail n'avançait pas, quoique la tête fût bien engagée. Finalement, la tête est sortie, mais il a été impossible de faire passer les épaules. Alors Silbermann, assisté par Getzlinger, incisa l'abdomen du fœtus, car cette région, trop volumineuse, était la cause de la dystocie. Il s'écoula en abondance un liquide jaune et quelques tractions firent venir l'enfant. L'accouchée a eu, par atonie utérine, une hémorrhagie grave, mais le massage, les injections vaginales et l'ergotine en ont eu raison. L'autopsie a montré une vessie « en dégénérescence kystique, remplie de liquide urineux » remplissant l'abdomen. L'auteur admet « une maladie fœtale». Mais on regrettera l'absence de tout détail anatomique permettant de comprendre de quoi il s'agit.

A. B.

La vraie méthode d'application du forceps. (*The proper method of applying the obstetric forceps*), par H. D. Frey, de Washington. *Amer. J. of Obst.*, décembre 1890, p. 1325.

51 0/0 des opérateurs appliquent les branches de l'instrument sur le diamètre transversal de la tête, 35 sur les côtés du bassin, 11 font l'application, tantôt d'une façon, tantôt de l'autre.

L'auteur prend parti pour les premiers et pour lui, : « le grand « avantage du forceps de Tarnier est dû à ce que la traction étant « indépendante de la pression exercée sur les manches ; la tête « est libre d'accomplir les mouvements de flexion et d'extension ».

Conclusions. — 1° Anesthésier la parturiente, et la placer en travers du lit.

2° S'assurer exactement de la position de la tête.

3° Appliquer le forceps de Hodge sur les côtés de la tête, la courbure de l'instrument étant dirigée vers l'occiput. Si cela ne se peut

pas, appliquer le forceps de Simpson sur les côtés du bassin, surveiller et favoriser la rotation antérieure de l'occiput.

4° Prendre des précautions antiseptiques minutieuses.

A. C.

Emploi du forceps. (*The use of the obstetric forceps*), par T. E. Taylor. *Am J. of. Obst.*, septembre, 1890, p. 947.

Les indications admises presque par tous les auteurs sont : la rigidité périnéale, la faiblesse des contractions, un excès modéré de volume de la tête par rapport au bassin, les convulsions, la faiblesse du cœur de la mère ou tout autre état qui la met en danger, le prolapsus funiculaire, le placenta prævia, l'affaiblissement des battements cardiaques du fœtus.

Taylor compare les statistiques des différents *masters* du Rotanda de Dublin. Clark, de 1786 à 1793, sur 10387 accouchements, n'appliqua le forcep que 14 fois, et le perforateur 49 fois. Collair de 1826 à 1833, sur 16654 accouchements appliqua le forceps 24 fois et le perforateur 118 fois. Johnston, entre 1868 et 1875, sur 8052 accouchements, employa le forceps 762 fois, et le perforateur 34 fois; dans la dernière année de sa direction, il fit 113 applications de forceps et sauva ainsi 103 mères et 102 enfants ; il ne fit la crâniotomie que 5 fois.

Taylor est nettement partisan de l'application du forceps de bonne heure ; la prolongation du 2e temps de l'accouchement (temps d'expulsion d'après les auteurs anglais, ce temps comprend les 4 derniers temps de notre classification) met fréquemment la mère en danger.

En appliquant de bonne heure le forceps, nous lui épargnons de longues souffrances, et la statistique prouve que nous sauvons beaucoup d'enfants.

Taylor attribue la plupart des accidents qui se sont produits pendant l'application du forceps, à ce qu'on a opéré tard ou sans observer les règles et les précautions nécessaires. Dans l'application au détroit supérieur, il recommande de retirer l'instrument, lorsqu'on a amené la tête dans l'excavation ; la tête, irrégulièrement saisie par le forçeps, ne peut pas subir son mouvement de rotation interne. S'il est nécessaire, on replace le forceps pour achever l'extraction.

L'auteur n'emploie guère le chloroforme que lorsqu'il commence les tractions, et ne croit pas nécessaire, en général, de pousser l'anesthésie jusqu'au relâchement complet.

Il croit que dans un bon nombre des cas où la paralysie du fœtus a été attribuée au forceps, elle est plutôt due à ce qu'on a trop attendu.

A. C.

Observations sur l'usage des forceps à tractions suivant l'axe. (Erfährungen über die Anwendung der Achsenzugzange). NAGEL. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXIX, Hft 2, p. 197.

I

L'auteur étudie, en se basant sur un usage personnel de ces instruments, la valeur des forceps à tractions suivant l'axe, soit qu'il s'agisse d'extraire une tête au détroit inférieur ou près de ce détroit, ou bien qu'on ait affaire à des têtes restées élevées. C'est d'ailleurs cette seconde catégorie de faits qu'il vise particulièrement dans son travail.

A. *Têtes au détroit inférieur ou dans son voisinage.* — Dans ces cas, les forceps à tractions axiles n'ont pas d'avantages décisif sur les forceps ordinaires (celui de Naegelé, p. ex.)

La tête étant placée suivant le diamètre antéro-postérieur, les deux conditions reprises par Tarnier : *a*) parallélisme du grand axe des cuillers avec le grand diamètre de la tête fœtale ; *b*) direction des tractions suivant l'axe, sont à la vérité facilement réalisées. Mais, dans cette position favorable de l'extrémité céphalique, *profondément engagée*, l'opérateur, un peu adroit, se tire aussi aisément d'affaire avec le forceps ordinaire.

La tête, et c'est le cas le plus fréquent, étant obliquement placée, il est impossible de satisfaire à la fois aux deux conditions susdites. Il faut choisir : tirer suivant l'axe, et alors, faire une application de forceps non régulière, ou bien faire une application oblique, c'est-à-dire régulière, mais renoncer à tirer exactement suivant l'axe. En ces conditions, il importe peu d'avoir dans les mains le forceps ordinaire (celui de Naegelé, p. ex), ou des forceps à tractions axiles.

N. B. La plupart du temps, le médecin est appelé tardivement. Déjà la contraction utérine rend à peu près négatifs les résultats du palper abdominal, la bosse séro-sanguine masque les sutures et empêche de déterminer d'une façon précise la position de la tête fœtale, *il faut renoncer à faire une application oblique, et l'on doit appliquer le forceps suivant le diamètre transverse.* Sur

28 cas, 21 fois l'auteur appliqua le forceps suivant le diamètre transverse, par suite de l'impossibilité où il avait été de faire un diagnostic précis (1).

II

Toutefois, la tête étant profondément engagée, il est vrai que l'usage du forceps à tractions axiles, ne crée aucun danger de plus pour la mère et pour l'enfant, que le forceps ordinaire. Rien, dans ces conditions spéciales, n'a été relevé qui milite contre l'emploi du premier. Et, *si l'expérience enseigne qu'on doit s'en servir dans les cas difficiles, mieux vaut l'employer dans tous les cas, ainsi que le conseille Simpson, afin de se familiariser le plus possible avec l'instrument, et d'en retirer le plus grand bénéfice possible quand on va se heurter à de sérieuses difficultés.* En réalité, le gros intérêt de ces forceps à tractions suivant l'axe, réside surtout dans les qualités qu'ils possèdent lorsqu'il s'agit d'extraire des têtes élevées.

Leur raison d'être est liée à la façon dont ils ce comportent dans ces cas.

III

B. *Application des forceps, la tête restant élevée,* « c'est-à-dire, quand la tête a dépassé le détroit supérieur d'une petite portion ou qu'elle s'y est engagée jusqu'à moitié de sa circonférence, et qu'on arrive aisément en arrière de la tête sur le promontoire. Dans ces conditions, il est possible d'explorer toute l'excavation. Souvent, et en particulier quand l'occiput est fortement abaissé, la partie fœtale engagée fait l'effet d'un tampon pointant dans l'excavation et accessible sur toutes ses faces. D'autre part, jamais l'auteur n'a appliqué le forceps sur la tête restée nettement *mobile* au-dessus du détroit supérieur. De plus, *quand il l'a appliqué sur la tête restée élevée, non mobile, l'application a toujours été faite suivant le diamètre transverse du bassin.*

(1) Sans doute, se sont là des difficultés que l'on constate chaque jour dans la pratique. Mais, quand on a introduit la main entière, dans le vagin, précaution si importante d'ailleurs pour rendre l'application inoffensive, il devient aisé, dans la plupart des cas, de faire ce diagnostic, et, par suite, rationnel de chercher une prise régulière de la tête fœtale.

Dans ces conditions, il a fait 26 applications de forceps, 12 avec le forceps ordinaire ; les autres avec des forceps à tractions suivant l'axe. Les 12 premiers cas sont résumés dans un tableau, les autres sont relatés en détail.

Indications. — 21 fois l'*indication* a été fournie par la mère (élévation persistante de la température, distension du segment inférieur, 1 fois hématurie et écoulement sanguin prolongé par le vagin). Quant au moment le plus propice pour intervenir, il est difficile de le bien déterminer. Et cependant, il importe beaucoup d'intervenir à propos. Car, l'extraction avec le forceps d'une tête restée élevée, même avec le forceps à tractions axiles est, toujours, une opération sérieuse au cours de laquelle la mère risque de subir des lésions considérables. D'où il résulte, qu'il convient d'intervenir à un moment où la femme n'est pas encore en danger. *Attendre trop longtemps, c'est perdre le droit d'exposer la mère à une opération grave dont l'issue, quant au salut de l'enfant, est devenue très problématique.*

5 fois l'*indication* fut fournie par l'état de l'*enfant*. Plus encore pour l'enfant, il importe d'intervenir à propos. Si l'on attend trop, l'enfant a déjà trop souffert et il survit rarement à une opération aussi grave. D'autre part, si l'on intervient trop tôt, on risque de faire courir à l'enfant des dangers sérieux, sous prétexte de le soustraire à des périls purement imaginaires.

IV

Résultats : A) Mères. Un cas de mort. La femme était déjà en travail depuis 30 heures, quand l'auteur fut appelé. Elle présentait des phénomènes fébriles : T. 38° ; P. 115. L'application de forceps (forceps de Simpson avec appareil de tractions) se compliqua d'une déchirure de 5 centim. intéressant surtout le vagin. Le 2e jour, T. 40°,5, P. 150-160. *Mort* le 8e jour, causée vraisemblablement par un processus infectieux. Il ne faut pas, en effet, dans ce cas, se hâter d'incriminer le forceps sans toutefois oublier que les lésions qu'il peut produire dans ces interventions difficiles, sont au moins de nature à favoriser la pénétration des germes infectieux.

15 fois, suites de couches tout à fait normales.

7 fois, hyperthermie légère durant les 3 premiers jours.

1 fois, au 9e jour, apparut de l'incontinence d'urine, qui alla d'ailleurs en s'améliorant.

2 fois, rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme.

B) Enfants. 15 vivants, dont 9 présentèrent des lésions plus ou moins accusées. Dans un cas, la lésion fut si grave (fracture de l'os frontal droit), que l'enfant mourut le lendemain. Chez 4, dépressions plus ou moins profondes du frontal; dans un cas, paralysie faciale et ecchymose sous-conjonctivale. Chez deux enfants, survint le lendemain de l'opacité de la cornée de l'un des yeux, lequel avait été contusionné par la cuiller du forceps. 2 autres enfants, eurent de la paralysie faciale. De 4 *mort-nés*, qui n'avaient pas subi la perforation, 2 présentaient des fractures du crâne.

14 *enfants furent extraits avec le forceps de Simpson à tractions axiles*, 8 d'entre eux, dont 3 morts, offraient des lésions plus ou moins graves. Il convient, toutefois, de faire remarquer que déjà au moment de l'intervention, les conditions étaient telles qu'on avait agité sérieusement la question de l'opportunité de la perforation.

La *perforation* fut pratiquée 6 fois, après les tentatives inutiles faites avec le forceps : 1 fois avec le forceps Tarnier, 5 fois avec le forceps ordinaire.

L'auteur exprime l'opinion que s'il avait, alors, déployé une force égale à celle qu'il obtient maintenant avec le forceps de Sipmson, il eût certainement réussi à extraire plusieurs de ses enfants, sans devoir recourir à la perforation.

N. B. — Le forceps de Simpson, à tractions axiles, dérapa 2 fois.

V.

En résumé, les forceps à tractions suivant l'axe (c'est à celui de Simpson que l'auteur donne la préférence) (1) permettent d'extraire les têtes restées élevées plus facilement qu'avec le forceps ordinaire. Et cela, bien plus en raison de la force qu'ils permettent de déployer qu'au sens dans lequel se font les tractions. Les lésions constatées maintes fois sur la tête fœtale, témoignent clairement

(1) Barnes dit à ce sujet : « Nous avons appliqué celui de Simpson, que l'auteur a allongé sur notre conseil, et nous avons trouvé qu'il fonctionne bien, mais nous ne lui trouvons aucun avantage sur le dernier modèle Tarnier ». *Traité d'obst. méd. et chir.* R. et F. Barnes. *Trad. Franc.* par Cordes, 1886, p. 779.

du degré de puissance déployée. Là, précisement, réside le danger de ces instruments quand ils sont maniés par des mains maladroites. D'ailleurs, quand les efforts naturels viennent à bout de semblables difficultés, ce n'est que grâce à la mise en jeu d'une force *à tergo*, considérable. Il importe, aussi, de se conformer à la vieille règle de pratique : ne pas tirer par secousses, mais soutenir et augmenter graduellement l'énergie de la traction.

Si les mères, ajoute l'auteur, dans les cas où le forceps de Simpson fut appliqué, ont si peu souffert, malgré des tractions puissantes, c'est que ce forceps supprime, condition capitale, tous mouvements de pendule (1) et qu'il agit, exclusivement, comme appareil, et excellent, de traction.

R. L.

II. — PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Grossesse compliquée du goitre de Basedow. Décollement prématuré du placenta, inséré normalement. (Schwangerschaft mit Morbus Basedowii. Vorzeitige Losung der normal sitzenden Placenta) HABERLIN. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 26, p. 457.

Depuis plusieurs mois déjà, la femme dont il s'agit présentait une série de troubles, principalement de nature nerveuse; anorexie, amaigrissement, frissonnements, affaiblissement, palpitations cardiaques, boule hystérique. Mais, peu après la conception, à ces symptômes, se surajoutèrent ceux de la maladie de Basedow, tachycardie, exophtalmie, hypertrophie du corps thyroïde, qui allèrent en s'accusant à mesure que la grossesse avançait. La femme fut également sujette à des vomissements fréquents et à des épistaxis. Au cours du 7e mois, elle fit une chute qui fut suivie d'une hémorrhagie légère, qui céda au repos. Mais, au commen-

(1) On sait le désaccord qui existe au sujet de ces mouvements. En France, ils sont loin d'être aussi sévèrement proscrits. Le prof. Pajot les juge de la façon suivante : « De plus qu'avec votre instrument, mon forceps exécutera les petits mouvements de latéralité contre lesquels les déclamations absurdes n'ont pas manqué. Ils ont trouvé contre eux les tracteurs pour détracteurs, mais ils n'en sont pas moins inoffensifs et des plus efficaces dans les mains d'un homme prudent. Smellie, Levret, Baudelocque, Dubois, les employaient, etc. ». *Ann. de gynécol.*, 1877., t. VII, p. 331.

cement du 8e mois, sans cause apparente, nouvelle hémorrhagie, abondante, qui nécessita le tamponnement, qu'on répéta plusieurs jours de suite. Le 7e jour après le début de cette hémorrhagie, le col étant suffisamment dilaté, on procéda à l'extraction de l'enfant dont la mort avait été reconnue depuis plusieurs jours déjà. Le placenta fut trouvé absolument décollé. Aucunes traces de syphilis ou d'albuminurie. Suites de couches normales, et rétrocession rapide, *après l'accouchement*, des symptômes du goitre exophtalmique.

L'auteur rapporte l'accouchement prématuré, le décollement du placenta, et la mort du fœtus à la maladie de Basedow, et il rappelle une observation analogue de Benicke : chez une femme atteinte de cette affection, le placenta, normalement inséré, se décolla à la 36e semaine, sans que des contractions utérines se fussent montrées.

Conclusions. — Il est improbable qu'une femme atteinte de goître exophtalmique et enceinte mène à terme sa grossesse et mette au monde un enfant vivant; d'autre part, la possibilité du décollement prématuré du placenta l'expose à des hémorrhagies de nature à mettre sa vie en péril, enfin, la grossesse influe défavorablement sur la maladie qu'elle empire, l'évacuation au contraire de l'utérus la fait rétrocéder; en ces conditions, on est en droit d'agiter la question de l'accouchement prématuré.

R. L.

Les vomissements incessants comme indication de l'accouchement prématuré (**Hyperemesis gravidarum as an indication for the induction of premature labour**), par J. H. Fruitnihgt, de New-York. *Am. J. of Obst.*, décembre 1890, p. 1331.

L'auteur est partisan de la provocation du travail, qu'il retarde autant que faire se peut, jusqu'à l'époque où le fœtus est viable.

A. G.

Du passage des organismes microscopiques du typhus de la mère au fœtus (Ueber dem Ubergang der mikroskopische organismen des Tiphus von dem Mutter zum Fötus), J. Giglio. *Cent. f. Gyn.*, 1890, no 46, p. 819.

Reher, Neuhaus, Chantemesse et Vidal ont publié des expériences au cours desquelles ils avaient constaté la présence de bactéries typhiques dans le sang de fœtus provenant de femmes atteintes de fièvre typhoïde. Mais Eberth lui-même avait contesté l'exactitude

des résultats annoncés. Plus tard, il est vrai, dans un travail nouveau, il en avait reconnu la justesse, tout en insistant sur les nombreuses causes d'erreur dont est passible l'expérimentation. C'est en raison des divergences qui existent encore sur ce point, que Giglio, utilisant un cas de sa pratique, a institué une série, complète peut-on dire, d'expériences, se contrôlant les unes par les autres, et qu'il s'est efforcé de trancher définitivement la question encore en litige. Une femme (de Palerme), au second mois d'une grossesse, jusque-là troublée par de l'anorexie, du ptyalisme, des vomissements rebelles, fait une fièvre infectieuse qui oscille entre 38°,5 et 40°,5. Sauf une légère tuméfaction des seins, accompagnée de météorisme et de constipation, pas la moindre localisation morbide. Simultanément, dans le même quartier et dans la même maison, plusieurs femmes sont atteintes de la même fièvre infectieuse. Or, au 3e mois de sa grossesse, plus exactement 31 jours après le début de la maladie, la 1re femme présente une hémorrhagie génitale, qui résiste à tous les moyens et qui aboutit le 15e jour à l'expulsion prématurée de l'œuf. Après l'avortement, la fièvre infectieuse continue son évolution.

Ce sont les différents éléments de cet œuf abortif que Giglio a utilisés pour ces expériences. Le petit fœtus ne présentait aucune trace de putréfaction et le placenta, sauf quelques foyers apoplectiques, paraissait normal.

L'*examen microscopique du sang et des viscères du fœtus* ne révéla aucune sorte d'organisme. Par contre, des *cultures* faites dans de la gélatine avec du sang du fœtus et des fragments de viscères, fournirent dans le 1er cas un bacille long de 2-3 μ, épais du 1/3 de la longueur; dans le second, un bacille 2 fois plus long et un peu moins épais, mais se colorant à peu près également tous les deux avec la fuchisne et le bleu de méthylène. L'auteur multiplia ensuite ses expériences, ensemençant de la gélatine sur plaque, de l'agar-agar, du bouillon de viande. Puis il fit des cultures comparatives avec le bacille dérivé du fœtus et avec le bacille de l'iléo-typhus ; cultures sur la gélatine simple, la gélatine colorée, dans le bouillon de viande simple, coloré, dans le lait préalablement stérilisé, et sur pommes de terre.

L'*examen microscopique du placenta* permit de constater sur quelques préparations, dans les espaces intervilleux, parmi les globules rouges, un bacille semblable à celui trouvé dans les cul-

tures. D'autre part, l'auteur inocula des lapins et des cobayes, les uns avec des bacilles provenant du fœtus, les autres avec des bacilles de fièvre typhoïde, etc., etc Et, *des résultats concordants obtenus de toutes ces expériences, il conclut que le bacille qu'il a obtenu du fœtus et qu'il a cultivé est bien le bacille typhique.*

R. L.

Contribution à l'étude du passage des micro-organismes pathogènes de la mère au fœtus (Beitrag zur Lehre von dem Uebergang pathogener Mikroorganismen von Mutter auf Fötus), M. Simon. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 1889, Bd XVII, Hft 1, p. 126.

Les conclusions de l'auteur sont déduites des résultats fournis par l'examen de nombreux placentas et fœtus, provenant de lapines pleines, inoculées avec du sang de rate, et ayant succombé à l'infection charbonneuse.

1° *Dans le cas de durée remarquablement courte de la maladie :*

Placenta maternel contient des bacilles ; placenta fœtal ; membranes, liquide amniotique, fœtus libres de bacilles.

2° *Durée moyenne de la maladie :*

Placenta maternel semé de très nombreux bacilles, tissu fœtal contenant plus ou moins de bacilles, liquide amniotique, surface externe du fœtus pourvus de nombreux bacilles ; fœtus libre de bacilles.

3° *Durée anormalement longue de la maladie :*

Même état que dans le 2e cas ; de plus, l'examen microscopique aussi bien que les cultures montrent que le fœtus lui-même contient des bacilles.

Il y aurait néanmoins exagération à vouloir subordonner la transmission des germes pathogènes de la mère au fœtus, exclusivement à la durée de la maladie de la mère. Il n'est pas douteux que cette transmission est encore influencée par des facteurs multiples : force de résistance plus ou moins grande des tissus maternel et fœtal, degré de virulence du germe pathogène, participation éventuelle des leucocytes, et probablement d'autres circonstances restées encore ignorées.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Éléments d'embryologie de l'homme et des vertébrés. Livre premier. *Embryogénie,* par A. PRENANT, préface de M. DUVAL. Paris, Steinheil, 1891.

A une époque où une science évolue, il est bon que de temps à autre paraisse un livre qui fixe l'état de nos connaissances sur la question. A ce titre, l'ouvrage que vient de publier M. Prenant est des plus intéressants. Les études embryologiques ont fait dans ces dernières années d'immenses progrès et tous les traités que nous possédons sont aujourd'hui démodés. Un exposé clair et précis des faits, une appréciation raisonnée des théories assurent le succès à ce volume qui ne se borne pas à l'histoire des formations successives que présente tel ou tel animal, mais qui donne sur chaque point l'étude comparative et philosophique des processus formateurs dans toute la série des êtres. Une description complète des annexes de l'embryon et en particulier du placenta termine cet ouvrage, dont la lecture est facilitée par de nombreuses planches absolument nécessaires pour éclairer les descriptions.

Traité clinique des maladies des femmes, par LAWSON TAIT, traduit par A. BÉTRIX. Paris, Steinheil, 1891.

M. Steinheil continue à publier, d'une manière régulière, la traduction de tous les ouvrages importants qui se publient à l'étranger sur la gynécologie; aujourd'hui c'est le traité récent de L. Tait qu'il nous offre. Tout le monde connaît la grande pratique de l'auteur, dont la part a été si grande dans la révolution qui s'est faite en gynécologie depuis dix ans. Comme le dit Tait, « le temps n'est plus où le traitement des affections pelviennes était l'apanage exclusif des accoucheurs. La gynécologie et l'obstétrique ont désormais leurs voies bien séparées, et de cette division du travail sont résultés des progrès immenses pour chacune des deux sciences ». C'est à résumer aussi succinctement que possible les résultats de son expérience personnelle et à préciser la part qu'il a prise au mouvement chirurgical actuel, que s'est attaché Tait dans cet ouvrage.

Le gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES (1)

Par M. **Paul Segond**, agrégé de la Faculté, chirurgien de la Maison municipale de santé.

Dans ce travail, je me propose d'appeler votre attention sur la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines. Sans doute, la question de thérapeutique chirurgicale que je soulève ici serait susceptible d'être envisagée d'une manière plus générale. En effet, les suppurations péri-utérines ne sont pas seules justiciables de ce mode d'intervention. Toutes les affections inflammatoires des trompes et des ovaires, traitées jusqu'ici par exérèse se trouvent dans des conditions analogues et, par conséquent, pour donner à ce travail toute la portée qu'il comporte, je devrais étudier la valeur de l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes dans le traitement de toutes les phlegmasies péri-utérines pour lesquelles la laparotomie est aujourd'hui considérée comme l'intervention de choix. Mais, si couvaincu que je puisse être, dès maintenant, des avantages que présente l'intervention par voie vaginale dans tous les cas nécessitant l'ablation bilatérale des annexes, je désire, avant de me prononcer, attendre que mes obser-

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie*, le 25 février 1891.

vations soient plus nombreuses et, pour l'instant, je me borne au cas particulier des suppurations péri-utérines.

L'opération dont je viens vous entretenir a été, vous le savez, proposée par M. Péan et décrite par lui sous le nom de castration utérine (1). La manière de voir de ce chirurgien peut se résumer en peu de mots : dans tous les cas de suppuration péri-utérine qu'il est aujourd'hui classique de traiter par la laparotomie avec ablation aussi complète que possible des parties malades, M. Péan estime qu'il faut remplacer l'ouverture du ventre par l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes suivant les cas. D'après lui, ce mode d'intervention auquel il dit avoir eu recours 60 fois sans accidents est moins grave que l'ablation des annexes par laparotomie ; il donne des guérisons plus complètes ; il expose beaucoup moins aux fistulations consécutives ; il permet enfin d'éviter aux opérées tous les inconvénients d'une cicatrice abdominale et l'obligation de porter une ceinture.

Malgré la netteté de ces quelques affirmations, M. Péan n'a pas eu, que je sache, beaucoup d'imitateurs et l'accueil fait parmi nous à son procédé est jusqu'ici resté fort peu encourageant. Seul, M. Terrier a paru concéder que cette manière d'agir pouvait avoir à la rigueur sa raison d'être, mais, M. Terrillon (2) et tout récemment encore M. Pozzi (3) ont nettement exprimé la défiance que leur inspirait la méthode. Pour ma part, j'ai partagé tout d'abord les mêmes appréhensions et, sans doute, j'aurais tardé longtemps à changer d'avis, si diverses circonstances ne m'avaient permis de voir M. Péan opérer et guérir un malade dans des conditions bien faites, m'a-t-il semblé, pour entraîner la conviction. Il s'agissait d'une femme de 35 ans environ, con-

---

(1) PÉAN. Comptes rendus du congrès de Berlin. *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1890, p. 9. *Bull. médical*, 1890, p. 633. Leçon publiée par M. AUDOIN.

(2) TERRILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 500.

(3) POZZI. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 790.

damnée au lit depuis plusieurs mois par une suppuration pelvienne des plus graves. L'utérus très élevé et solidement immobilisé par des adhérences était repoussé à droite par une vaste collection purulente qui bombait un peu dans le cul-de-sac latéral gauche et dont les limites supérieures remontaient à 4 travers de doigt au-dessus du pli de l'aine. Les annexes droites étaient, de leur côté, envahies par la suppuration. Enfin, par le toucher rectal on constatait l'existence d'un plastron très dur et très étendu qui altérait les adhérences les plus intimes entre les foyers suppuratifs et la paroi intestinale. En un mot, cette malade se présentait dans des conditions telles que la laparotomie eût été chez elle très laborieuse et très grave. Il est même probable qu'on n'aurait pu pratiquer l'ablation des parties malades sans déchirer l'intestin et qu'on aurait dû se contenter d'une ablation incomplète avec drainage consécutif. Appelé auprès de cette malade par mon ami le Dr Cheron, avant M. Péan, j'en avais tout au moins jugé ainsi et j'avoue que l'hystérectomie vaginale dans un cas semblable ne me semblait guère praticable. M. Péan m'a démontré le contraire. Je lui ai vu enlever l'utérus par morcellement avec une dextérité dont je me plais à lui rendre hommage. Au cours de cette ablation, toutes les collections purulentes péri-utérines ont été ouvertes sans qu'il ait été fait aucune tentative pour découvrir ou enlever les annexes plongées au milieu des adhérences. Les suites de l'intervention ont été des plus simples et la malade a merveilleusement guéri.

Le fait m'a vivement frappé. Il m'a paru confirmer les affirmations générales de M. Péan sur les avantages de son procédé et c'est ainsi que j'ai résolu de le mettre moi-même à l'épreuve. Ce travail de contrôle devait porter non seulement sur le pronostic immédiat de l'intervention, mais surtout sur la qualité de son pronostic tardif. On pourrait m'accuser d'en précipiter un peu trop la communication, mais j'espère éviter en partie cette critique, 23 fois déjà j'ai pratiqué l'opération de Péan dans les conditions les plus variées ;

les résultats que j'ai obtenus m'ont paru significatifs ; j'ai pu étudier de très près le manuel opératoire de cette opération difficile et si le nombre de mes opérations ne me permet pas encore des conclusions formelles, il m'autorise tout au moins à vous communiquer mes impressions premières sur une méthode thérapeutique dont la grande valeur ne me paraît pas contestable.

Mes 23 observations se répartissent de la manière suivante :

Obs. I. — Double pyosalpingite suppurée. Hystérectomie vaginale totale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Jeune femme de 24 ans, opérée le 9 août 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. II. — Double pyosalpingite et pelvi-péritonite suppurée. Hystérectomie vaginale totale avec simple ouverture des foyers péri-utérins sans ablation des annexes. Guérison. (Femme de 39 ans. opérée le 23 août 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. III. — Double hémato-salpingite avec foyer purulent à gauche. Hystérectomie vaginale totale avec ablation des annexes gauches et simple évacuation de la collection droite. Guérison. (Femme de 29 ans, opérée le 23 août 1890, dans mon service de la maison de santé.)

Obs. IV. — Salpingite catarrhale bilatérale avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 29 septembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. V. — Ovaro-salpingite double, non suppurée avec altération scléro-kystique des deux ovaires et rétroflexion adhérente. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 36 ans, opérée le 15 octobre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. VI. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale totale avec ablation des annexes gauches et simple ouverture de la collection purulente dépendant des annexes droites. Guérison. (Femme de 24 ans, opérée le 15 octobre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. VII. — Double pyosalpingite avec pelvi-péritonite suppurée

très grave. Hystérectomie vaginale avec simple ouverture des nombreuses collections purulentes enclavant l'utérus sans ablation des annexes perdues au milieu du pus et des fausses membranes. (Femme de 30 ans, opérée le 17 octobre 1890, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.)

Obs. VIII. — Rétroflexion adhérente avec altération scléro-kystique des deux ovaires s'accompagnant de phénomènes douloureux très intenses et de troubles hystériques variés. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes, guérison. (Me X., 34 ans, opérée le 21 octobre 1890, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.)

Obs. IX. — Suppuration pelvienne datant de plusieurs années. Les lésions sont bilatérales et les collections purulentes se sont plusieurs fois vidées dans le rectum. Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes avec simple ouverture des clapiers péri-utérins, guérison. (Femme de 35 ans, opérée à Nantes, le 12 septembre 1890, en présence de mes amis les Drs Poisson, Bertin et Larabric. Au cours de l'opération j'ai agrandi l'orifice fistuleux qui existait déjà entre le rectum et l'un des clapiers péri-utérins. Mon ami M. Poisson m'a dit en janvier 1891 que l'opérée était en parfait état de santé, mais que sa fistule recto-vaginale n'était pas encore tout à fait cicatrisée.)

Obs. X. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 22 octobre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XI. — Salpingite catarrhale avec altération scléro- kystique des deux ovaires. Phénomènes douloureux intenses et troubles nerveux généraux variés. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Mme X., 35 ans, opérée le 29 octobre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XII. — Pelvi-péritonite suppurée ancienne. Collections péri-utérines très volumineuses. L'une d'elles a été incisée antérieurement au niveau de la région inguinale gauche. Hystérectomie vaginale avec simple ouverture des collections péri-utérines. Mort au bout de 48 heures. (Mme X., 39 ans, opérée le 30 octobre 1890, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé avec l'assistance de mon ami le Dr Ribemont.)

Obs. XIII. — Pyosalpingite double avec pelvi-péritonite et collections purulentes péri-utérines très volumineuses. Hystérecto-

mie vaginale avec simple ouverture des collections purulentes péri-utérines. Les difficultés de l'intervention obligent à laisser en place le fond de l'utérus. Continuation des accidents et mort le 15e jour de phénomènes septiques. (Femme de 34 ans, opérée le 7 novembre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XIV. — Pyosalpingite double, tuberculeuse. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Mort de péritonite le 3e jour. (Femme de 22 ans, opérée le 15 novembre, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XV. — Salpingite catarrhale avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 29 ans, opérée le 22 novembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XVI. — Pyosalpingite double. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 3 décembre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XVII. — Suppuration pelvienne antérieurement traitée par laparotomie et ablation bilatérale des annexes. Récidive et formation de nouvelles collections purulentes péri-utérines. Hystérectomie vaginale. Guérison. (Femme de 35 ans, opérée le 6 décembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XVIII. — Altération scléro-kystique des deux ovaires. Rétroflexion adhérente et kyste séreux de la face postérieure de la vessie. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes et du kyste vésical. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 13 décembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XIX. — Double pyo-salpingite avec pelvi-péritonite suppurée. Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes avec simple ouverture des collections purulentes péri-utérines. Mort le 3e jour. Femme de 29 ans, opérée le 15 décembre 1890, dans le service de mon ami le Dr Schwartz.)

Obs. XX. — Collection purulente rétro-utérine volumineuse et fibromes interstitiels multiples et formant avec l'utérus une masse remontant jusqu'à l'ombilic. Évacuation de la collection purulente. Ablation des fibromes par morcellement. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 50 ans, opérée à Nantes, le 18 décembre 1890.)

Obs. XXI. — Double salpingite interstitielle avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec

ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 21 ans, opérée le 28 décembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XXII. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Mme X., 40 ans, opérée le 5 janvier 1891, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé. A la chute des eschares dues au pincement il s'est produit une fistule vésico-vaginale qui n'est pas encore cicatrisée le 1er mars.)

Obs XXIII. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 22 ans, opérée le 14 janvier 1891, dans le service du professeur Pinard.)

Je me contente de cette simple énumération des titres de mes observations et pour ne point surcharger inutilement nos bulletins, je me réserve de publier ultérieurement leur relation détaillée. D'ailleurs plusieurs de ces faits visent des cas d'hystérectomies dirigées contre des phlegmasies péri-utérines non suppurées : telles sont les observations IV, V, VIII, XI, XV, XVIII, XXI. Je me bornerai donc à vous donner quelques détails sur les faits de suppurations péri-utérines proprement dites qui seules nous intéressent aujourd'hui,

Sur mes 23 opérations, j'ai 4 morts (obs. XII, XIII, XIV, XIX). Voici le résumé de ces quatre opérations sur lesquelles je veux d'abord appeler votre attention.

La malade de l'observation XII était une femme énorme et presque polysarcique, mais très affaiblie par des poussées de pelvi-péritonite qui la retenaient au lit depuis plusieurs mois. Son dernier accouchement (le 5e) datait du mois de mars et vers le mois de mai, mon ami M. Ribemont avait dû inciser une collection purulente au niveau de la région inguinale gauche. Lorsque j'ai vu la malade pour la première fois, le 27 octobre, les lésions péri-utérines étaient étendues et graves. Le col utérin, très haut, situé derrière le pubis, était pour ainsi dire inaccessible. Une vaste collection fluctuante dont les limites supérieures avoisinaient l'ombilic, bombait dans le cul-de-sac vaginal postérieur et remplissait la fosse iliaque droite. A gauche de l'utérus on percevait

enfin un volumineux empâtement avec plastron sus-inguinal au sein duquel se perdait la fistule résultant de l'incision antérieurement pratiquée par mon ami le Dr Ribemont. L'élévation de l'utérus, sa fixation absolue et les dimensions excessives de la malade rendaient, on le conçoit, l'intervention très difficile. MM. Terrillon et Nélaton qui assistaient au début de l'opération ont pu en juger. Néanmoins, grâce à l'assistance de M. Ribemont et de mes internes MM. Baudron et Thiercelin, j'ai pu enlever la totalité de l'utérus en 1 heure 1/2 sans aucun accident opératoire. Je dirai même que les résultats immédiats de l'intervention me donnaient toute satisfaction. Les collections péri-utérines étaient largement ouvertes, l'irrigation du foyer opératoire se faisait aisément par l'intermédiaire de la fistule inguinale et l'hémostase était très bien assurée par 10 pinces à demeure. Le lendemain matin tout paraissait aller pour le mieux. Le facies était bon, la malade ne souffrait pas La. température axillaire atteignait à peine 38°. La quantité et la qualité de l'urine étaient normales. Seul le pouls ne s'était pas relevé depuis l'opération. Cet état rassurant n'a pas duré. A deux heures de l'après-midi, la malade s'est brusquement plaint d'une tendance à la syncope. Elle s'est peu à peu refroidie et vers 6 heures du soir elle était morte. L'absence de complication locale et de vomissements, le peu d'élévation de la température m'ont fait attribuer le décès à l'affaiblissement de la malade et au choc opératoire.

La malade de l'observation XIII se présentait dans des conditions analogues. Les dimensions excessives compliquaient singulièrement toute intervention. Son état général était très grave, elle avait la langue sèche, le pouls rapide, une température élevée (39° et 40° tous les soirs) et un peu de subdélirum. Quant aux lésions locales, elles étaient très graves et comme chez la malade de l'observation XII, l'utérus très haut situé et immobile était plongé au milieu de collections purulentes très volumineuses. L'opération a duré 1 heure 1/2 et comme je n'avais pas encore à ma disposition

les très longs écarteurs que j'ai fait construire à M. Collin, pour ces cas exceptionnels, il m'a été impossible d'achever complètement l'ablation. J'ai dû laisser en place le fond de l'utérus. Bien entendu je n'avais par recherché l'ablation des annexes et je m'étais contenté d'ouvrir largement deux volumineuses collections purulentes situées à droite de l'utérus et une collection séro-hématique assez importante de la trompe gauche. Les suites opératoires se sont d'abord montrées rassurantes. La température est tombée et la malade éprouvait un mieux-être très manifeste. Toutefois, je dois noter ici que le 3e jour, le lendemain de l'ablation des pinces, l'issue d'une certaine quantité de matières fécales par le vagin est venue montrer qu'il y avait une déchirure du rectum. Mais ce n'est pas à cette complication opératoire qu'il faut attribuer les accidents mortels qui ont bientôt paru. En effet, vers le 5e jour la température s'est élevée, l'état général est rapidement devenu très mauvais. La sécrétion purulente qui se faisait par le vagin a pris une odeur très fétide, et le 15e jour la malade a succombé dans le délire avec tous les signes d'une double broncho-pneumonie infectieuse.

L'autopsie nous a montré que cette mort devait être attribuée au caractère incomplet de l'intervention. Il n'y avait pas de péritonite, mais au-dessus de la calotte utérine qu'il m'avait été impossible d'extirper, il existait deux collections purulentes à contenu très fétide qui étaient sûrement la cause de la reprise des accidents et des phénomènes infectieux qui ont emporté la malade. Quant à la perforation rectale elle était sans doute mon œuvre, mais je tiens à faire observer qu'elle était peu étendue et qu'elle portait sur une portion de paroi rectale très amincie et baignée par le pus. Il m'a paru certain qu'une perforation spontanée se serait faite à ce niveau en cas de non intervention.

La malade de l'observation XIV est morte de péritonite et j'ai tout lieu de penser qu'il s'est agi de péritonite par perforation: C'était une jeune femme présentant tous les signes d'une endométrite purulente avec double pyo-salpingite.

Malade depuis plusieurs mois elle était déjà très amaigrie et fort affaiblie. Elle présentait, en outre, aux deux sommets des signes de tuberculose au début. L'opération s'est faite sans incident spécial, toutefois les annexes étaient très adhérentes et la trompe du côté gauche avait été particulièrement difficile à extirper, c'est précisément à ce niveau qu'une douleur d'une violence excessive s'est produite le lendemain de l'opération. Puis tous les symptômes d'une péritonite généralisée se sont déclarés et la mort est survenue le 3e jour. L'examen des pièces nous a montré qu'il s'agissait d'une double ovaro-salpingite tuberculeuse et le parenchyme utérin présentait lui-même deux foyers de même nature.

La dernière opérée que j'ai perdue est celle de l'observation XIX et je ne crois pas que ce décès puisse plus que les précédents, compromettre l'avenir de l'opération de Péan. La malade était une jeune femme minée depuis plusieurs semaines par une suppuration pelvienne des plus graves. Son affaiblissement était tel, sa température si élevée et son état général à ce point alarmant que mon collègue, M. Schwartz n'avait pas osé lui pratiquer la laparotomie. Malgré ces conditions si défavorables, j'ai pensé qu'il y avait lieu d'intervenir et M. Schwartz ayant bien voulu me confier ce soin, j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale avec large ouverture des collections purulentes assez volumineuses et très fétides qui entouraient l'utérus. L'opération s'est effectuée sans incidents et très simplement. L'utérus a été pour ainsi dire énucléé des fausses membranes qui l'enclavaient sans que le péritoine ait été ouvert. Aussi bien les suites immédiates de l'opération m'ont-elles paru satisfaisantes. Le lendemain de l'opération la fièvre était en effet tombée, le facies était rassurant et il n'y avait aucune complication locale ; seul l'affaiblissement de la malade restait très grand et c'est lui qui est sans doute coupable de la terminaison fatale. Bien que les moyens d'usage aient été, croyons-nous, employés pour relever les forces de l'opérée, son état général a rapidement décliné. La température est descendue au-dessous

de 37°, le pouls est devenu incomptable et la malade, opérée le 15 décembre, s'est éteinte le 18 à 6 heures du matin.

J'ai tenu à vous donner d'abord la relation de ces quatre morts, mais pour en apprécier la portée, j'espère que vous voudrez bien retenir l'état vraiment désespéré de mes quatre opérées. Sans intervention elles étaient condamnées et pour trois d'entre elles (obs. XII, XIII et XIX), on peut affirmer que la laparotomie eût été mortelle. Je ne crois donc pas que ces quatre insuccès puissent être portés au passif de l'hystérectomie. Tout ce que l'on peut dire c'est qu'elle a été impuissante, mais dans ces 4 cas elle était à tous les titres l'intervention de choix et, qui plus est, l'intervention la moins grave à laquelle on pût songer. La part de mes insuccès étant ainsi faite, je vais insister un instant sur l'histoire des opérées guéries par l'hystérectomie, en faisant bien observer que nombre d'entre elles étaient cependant dans un état des plus graves au moment de l'intervention. Les malades auxquelles je fais allusion se divisent en deux groupes : les unes avaient des lésions suppuratives ovaro-salpingiennes sans doute fort sérieuses, mais de pronostic opératoire bénin. Je veux dire par là que leurs annexes étaient le siège exclusif du mal, qu'elles étaient énucléables sans grande difficulté et que leur ablation par laparotomie faite avec toutes les précautions voulues eut été sûrement suivie de guérison opératoire. Les autres, au contraire, avaient des lésions suppuratives plus graves et plus étendues que la laparotomie n'aurait guéries qu'au prix des plus incontestables dangers. Je m'arrêterai peu sur les malades de la première catégorie (obs. I, III, VI, X, XII et XIII). Chez ces malades comme pour les 7 femmes que j'ai hystérectomisées pour des lésions non suppuratives des annexes (obs. IV, V, VIII, IX, XV, XVIII, XXI), les indications étaient fort nettes, l'intervention s'est faite sans difficultés sérieuses et sans autres complications opératoires, que deux perforations vésicales dont je parlerai plus loin (obs. V et XXII). Enfin, sauf deux cas dans lesquels j'ai simplement

ouvert les collections purulentes salpingiennes sans ablation des annexes correspondantes (obs. III et VI), j'ai toujours pratiqué l'ablation totale de l'utérus, des trompes et des ovaires. Dans tous ces cas les suites opératoires ont été simples et la guérison parfaite. Il est donc inutile que j'abuse de votre attention en insistant sur l'histoire clinique de ces malades. Je vous prie simplement de vous souvenir que chez elles, l'ablation de l'utérus a présenté un pronostic opératoire aussi bénin que celui des laparotomies les mieux conduites et je me réserve de vous dire plus tard combien leur guérison est plus sûre et plus définitive que si elles avaient subi l'ablation des annexes par laparotomie.

Les six malades dont il me reste à vous parler (obs. II, VII, IX, XVI, XVII et XX) me retiendront davantage. Elles sont dans la catégorie des grandes malades et leurs observations me semblent démontrer très nettement la supériorité de l'opération que je viens défendre devant vous. La malade de l'observation II est une femme de 39 ans, entrée le 7 août dernier dans mon service de la maison Dubois avec tous les signes d'une pelvi-péritonite suppurée : utérus haut situé et enclavé au milieu des fausses membranes ; collections purulentes faisant saillie dans les deux culs-de-sac latéraux aussi bien que dans le postérieur ; ventre ballonné et douloureux ; température élevée ; anorexie complète et dépression considérable des forces. Des symptômes d'ovaro-salpingite avaient plusieurs fois condamné la malade au repos depuis l'âge de 26 ans. Mais c'est depuis quatre mois seulement que les lésions suppuratives s'étaient étendues et que les symptômes locaux et généraux étaient devenus très alarmants. Sans intervention, cette malade aurait certainement succombé et je ne crois rien exagérer en affirmant que chez elle la laparotomie eût été très grave. Le petit bassin était, en effet, rempli de pus, les fausses membranes épaisses, les adhérences intestinales nombreuses et l'ablation des parties malades par laparotomie eût été très laborieuse et peut-être impossible.

J'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale dans ces conditions

défavorables. L'opération a duré 55 minutes, deux vastes collections purulentes à contenu très fétide ont été évacuées au cours de l'intervention et j'ai dû laisser en place le fond de l'utérus après m'être assuré que le morcellement avait atteint les limites supérieures de la cavité. Malgré sa grande faiblesse, la malade a très bien supporté l'intervention. Les 8 pinces laissées à demeure ont été enlevées au bout de 48 heures ; la température est redevenue normale et jusqu'au 15e jour, aucun incident n'est venu troubler la guérison. A cette date, il s'est fait une poussée suppurative du côté du ligament large gauche et pendant deux jours la température du soir s'est élevée à 40° ; au bout de ce temps, un demi-verre de pus, s'est écoulé spontanément par le vagin, la température s'est abaissée et dès lors la convalescence s'est franchement établie. La malade s'est levée le 28e jour ; elle a quitté mon service en merveilleux état le 30 septembre et depuis 5 mois sa parfaite guérison ne s'est pas un instant démentie.

La malade de l'observation VII est peut-être plus démonstrative encore que la précédente. Il s'agit d'une jeune femme d'une trentaine d'années à laquelle j'ai pour la première fois donné mes soins en juillet 1889. Elle avait alors une endométrite avec rétroversion adhérente et salpingite droite. Les symptômes douloureux dont elle souffrait cédèrent au curettage intra-utérin et pendant quelques mois l'amélioration progressive de son état général et local nous fit espérer une guérison définitive prochaine. Pour activer les choses, j'eus par malheur la pensée de lui conseiller une saison à Salies. Or, peu de jours après son arrivée dans cette station thermale, elle fut prise d'une poussée de salpingite aiguë bientôt suivie d'une péritonite généralisée des plus graves. Notre collègue M. Reclus qui voulut bien à cette époque voir la malade avec M. Lejard pourra vous dire lui-même quelles furent leurs inquiétudes. Quoi qu'il en soit, sous l'influence du traitement institué, la péritonite parut se localiser dans le petit bassin et la nécessité d'une intervention grave devenant évidente, M. Lejard assuma la responsabilité de me

ramener la malade. Malgré les précautions prises, ce voyage fut des plus pénibles et l'état de la patiente, à son arrivée chez les sœurs de la rue de la Santé, était on ne peut plus alarmant. Dépression considérable des forces, facies inquiétant, langue sèche, pouls d'une faiblesse extrême, vomissements fréquents, température élevée atteignant chaque soir 39° et 40°, ventre ballonné et douloureux et localement tous les signes de la pelvi-péritonite suppurée.

Tel était l'état des choses. Je ne crois rien exagérer en affirmant qu'une laparotomie aurait été néfaste. L'affaiblissement de la patiente était en effet extrême et localement l'étendue des lésions suppuratives, le volume des poches purulentes qui remplissaient tout le petit bassin défiaient toute tentative d'ablation. Je me décide donc le 17 octobre, à pratiquer l'opération de M. Péan en présence de mon ami Nélaton. L'intervention fut laborieuse mais très satisfaisante. Au cours du morcellement utérin que l'élévation et la fixation de l'organe rendaient assez pénible, j'évacuai deux kystes à contenu séreux et trois vastes collections purulentes très fétides. Bien entendu, je ne fis aucune tentative pour rechercher les annexes et je me contentai de drainer la vaste cavité suppurante avec des lanières de gaze iodoformée. L'opération avait duré 1 heure. Sans insister autrement sur les suites de cette intervention, je vous dirai simplement qu'au bout de huit jours la patiente pouvait être considérée comme sauvée, graduellement, elle reprit ensuite ses forces et, depuis lors, sa guérison ne s'est pas démentie.

La malade de l'observation IX est, elle aussi, très probante, mais à un point de vue différent. L'ancienneté des lésions suppuratives, leur communication avec le rectum sont les points les plus saillants de son observation que je vous ai suffisamment résumée pour n'y point revenir. Je crois de même superflu de détailler l'histoire des deux malades des observations XVI et XVII. La première avait des abcès localisés aux deux trompes et la laparotomie en eut facilement permis l'ablation. Toutefois, son état général était

très inquiétant, elle avait une température très élevée et sa misère physiologique était telle qu'à mon avis comme à celui de M. Pinard, l'ouverture du ventre eût été chez elle des plus périlleuses. Elle a cependant fort bien supporté l'hystérectomie et c'est à ce titre que j'ai voulu souligner son cas.

Quant à la malade de l'observation XVII, elle offre cette particularité fort précieuse à mon point de vue, qu'elle avait antérieurement subi l'ablation des annexes par laparotomie et que cette opération avait été bientôt suivie du retour des accidents. Mais je dois réserver la publication de ce fait intéressant. J'ai opéré cette malade le 6 décembre en présence de M. Terrillon et les suites immédiates de l'hystérectomie ont été bonnes. Mais depuis, les phénomènes douloureux ont en partie reparu. Il existe encore un empâtement manifeste au-dessus de la cicatrice vaginale et je me réserve de vous faire connaître ultérieurement les suites définitives de l'intervention d'autant que cet insuccès thérapeutique est le seul que j'aie observé jusqu'ici.

Reste la malade de l'observation XX et celle-ci est un exemple trop net des bienfaits du morcellement par voie vaginale pour que je ne vous résume pas l'observation dont tous les détails m'ont été remis par mon ami le Dr Bertin (de Nantes). La malade était une femme de 50 ans, qui était atteinte à la fois d'une suppuration péri-utérine et de fibromes interstitiels. L'abcès pelvien qui bombait dans le cul-de-sac de Douglas s'était à plusieurs reprises ouvert dans le rectum. Quant aux fibromes, ils formaient avec l'utérus une très grosse tumeur bosselée dont les limites supérieures atteignaient franchement l'ombilic. Mes amis MM. Bertin et Poisson ayant bien voulu me confier cette malade, j'ai été l'opérer à Nantes, le 18 novembre, en présence de MM. Heurteau, Malherbe, Bertin, Poisson, Larabric, Plantard et Simoneau. M. Simoneau donnait le chloroforme et j'étais directement assisté par mes deux internes MM. Thiercelin et Baudron. En suivant les règles opératoires du morcelle-

ment, j'ai évacué une collection rétro-utérine de 1 litre de pus, puis j'ai pratiqué l'ablation de l'utérus, des fibromes, des ovaires et des trompes ; celles-ci étaient très épaisses et l'utérus contenait une série de gros fibromes dont le poids total était de 520 gr. Cette opération a duré trois heures ; grâce aux soins intelligents dont elle a été entourée, grâce au milieu exceptionnel que lui offrait l'hôpital de Chantenay, la malade à guéri sans le moindre incident post-opératoire et son état de santé est actuellement parfait.

Tels sont les résultats actuels de ma pratique. Vous jugerez sans doute qu'ils ne sauraient faire accepter sans réserve tout le bien que je pense du procédé de Péan dans la cure des suppurations péri-utérines. Mais je n'ai pas moins l'espoir qu'ils vous paraîtront assez probants pour vous engager à soumettre l'opération nouvelle au contrôle de votre expérience personnelle. En ce qui me concerne, je vous l'ai dit, ma conviction est faite : les avantages du procédé de Péan ne me semblent pas contestables et voici comment on doit à mon avis juger l'ensemble de cette importante question de gynécologie opératoire.

Le premier point qui mérite l'attention concerne les indications de l'intervention. Pour M. Péan dont je partage absolument la manière de voir, l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppurations pelviennes qu'il est aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation des parties malades. Envisagées dans leur ensemble, les indications de l'hystérectomie dans le traitement des suppurations pelviennes sont donc pour nous fort simples à définir : nous estimons qu'elles sont exactement semblables à celles de l'ablation des annexes par laparotomie. Mais ce n'est pas tout, et pour que cette formule exprime toute la vérité, il est indispensable, à mon avis, de la compléter en spécifiant que l'hystérectomie doit être uniquement réservée aux cas dans lesquels l'ablation *bilatérale* des annexes est elle-même nécessaire. Ceci n'est point seulement un précepte, c'est, on peut le dire, un véritable commandement. Il

est donc bien entendu que dans tous les cas d'abcès pelviens, qui paraîtront curables par l'incision simple au niveau d'un point quelconque de la paroi abdominale ou dans le vagin, il ne saurait être question d'hystérectomie. Ceci s'applique non seulement aux hématocèles suppurées et aux collections phlegmoneuses récentes, sur le traitement desquelles tous les chirurgiens sont d'accord, mais concerne aussi les quelques variétés rares d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne que l'on peut à la rigueur guérir par incision vaginale dans les conditions particulières que notre collègue M. Bouilly (1) a dernièrement pris soin de spécifier. Mais tout ceci va de soi et ce ne sont point là les conditions susceptibles de mettre en défaut notre souci de respecter les fonctions de reproduction, toutes les fois que faire se peut.

Les cas auxquels je fais surtout allusion ici sont ceux dans lesquels l'unilatéralité des lésions suppuratives, tout en exigeant la laparotomie avec ablation des annexes du côté malade, permet d'espérer qu'il sera possible de respecter les annexes de l'autre côté. Or, on ne saurait le répéter avec trop d'insistance, dans un cas quelconque de suppuration péri-utérine, toutes les fois que la bilatéralité des lésions suppuratives n'est pas évidente, c'est à la laparotomie qu'il faut donner la préférence. Elle seule permet le diagnostic précis des lésions et donne en conséquence la possibilité de guérir les malades, tout en leur conservant l'intégrité de leurs fonctions sexuelles. Je sais bien que l'ablation des annexes par voie vaginale est possible et qu'elle a peut-être encore quelques défenseurs, mais, en ce qui me concerne et pour des raisons qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici, j'estime avec le plus grand nombre des chirurgiens que l'ovariotomie vaginale sans hystérectomie préalable est une opération mauvaise, difficile et particulièrement dangereuse en cas de suppuration. La conclusion s'impose :

(1) BOUILLY. De l'ouverture par voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 500.

dans toute ablation des annexes par voie vaginale, l'hystérec- doit être le premier temps de l'intervention et par conséquent il est formellement interdit de choisir cette voie toutes les fois que la *bilatéralité* des lésions suppuratives n'est pas un fait absolument avéré. En d'autres termes, il ne doit être question d'hystérectomie vaginale que dans les cas *nécessitant sûrement l'ablation bilatérale des annexes.*

Ces quelques mots résument toute ma pensée sur les indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des phlegmasies péri-utérines qu'elles soient ou non suppuratives et la question étant ainsi posée, l'opération que je préconise ne saurait être soupçonnée d'être plus compromettante que la laparotomie pour les fonctions de reproduction. Une femme chez laquelle le sacrifice des annexes est décidé n'a vraiment que faire de son utérus. Je sais bien qu'une autre objection est ici possible.Dans les suppurations péri-utérines, dira-t-on, la clinique ne permet pas toujours d'affirmer que les annexes sont atteintes et, dans certains cas, on peut être conduit à évacuer par laparotomie des collections purulentes sans enlever les annexes. Le fait est exact et tout récemment encore M. Terrier (1) nous citait le cas d'une opérée qui est devenue enceinte plusieurs mois après son opération. Mais quelle n'est pas la rareté des cas de cette nature ? tous les laparotomistes sont là pour en témoigner, ils savent aussi fort bien que dans les suppurations pelviennes de quelque étendue les annexes sont toujours plus ou moins altérées et suivant la juste remarque de M. Pozzi (2) les malades qui guérissent après suppuration pelvienne en conservant leurs annexes sont dans l'immense majorité des cas « tout aussi impropres à la reproduction que celles qui ont été soumises à l'extirpation. Les trompes subissent chez elles un travail de sclérose qui les rend vite imperméables ». Pour toutes ces raisons, nous sommes donc autorisés, me semble-t-il, à pas-

(1) TERRIER. *Bull. et mém de la Soc .de chir.*, 1890, n° 513.
(2) POZZI. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1890, p. 519.

ser outre et lorsqu'une femme se présente avec des lésions péri-utérines suppuratives *bilatérales,* la certitude de conférer une guérison radicale par l'hystérectomie vaginale vaut bien le sacrifice des quelques chances de grossesse ultérieure que pourrait à la grande rigueur donner une tentative de guérison par simple incision des collections purulentes.

Ceci posé, nous pouvons étudier l'intervention en elle-même, voir comment on doit pratiquer et dans quelle mesure elle remplit les indications opératoires. Nous analyserons ensuite les avantages qu'elle peut offrir sur les autres méthodes employées jusqu'ici.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale pratiquée pour la cure des suppurations péri-utérines ou des lésions inflammatoires quelconques des annexes a été décrit par M. Péan et c'est aux règles données par ce chirurgien qu'il faut scrupuleusement se conformer. L'utérus toujours plus ou moins fixé par des adhérences doit être et ne peut être enlevé que par morcellement. Il est donc inutile de discuter ici les avantages comparés des ligatures et de la forcipressure ; celle-ci est seule possible.

Bien entendu je n'ai pas à insister devant vous sur la préparation des malades, sur la nécessité d'assurer par les moyens d'usage l'asepsie du rectum, de la vulve et du vagin et sur l'obligation d'observer toutes les règles de l'antisepsie, avant, pendant et après l'opération. A ces divers point de vue, je n'aurai rien à vous dire qui ne vous soit parfaitement connu et l'ablation de l'utérus par voie vaginale exige toujours les mêmes précautions quelle que soit son indication. Toutefois, avant d'aborder la description du manuel opératoire, je crois nécessaire de vous donner quelques détails sur le matériel instrumental et sur la position qu'il convient de donner aux opérées, non point que je veuille décrire ici l'instrumentation classique de l'hystérectomie vaginale par morcellement, mais ce que je tiens à bien spécifier c'est qu'il est impossible de conduire bien une hystérectomie vaginale par morcellement en cas de suppuration péri-uté-

rine, sans avoir à sa disposition le matérlel instrumental que M. Péan a fait construire à cet effet. Je vous signale en particulier le rôle capital qui est dévolu aux pinces à mors courts et parallèles dont se sert exclusivement ce chirurgien et aux longs écarteurs dont il fait usage soit pour maintenir la béance de la vulve et du vagin, soit pour décoller les tissus péri-utérins.

Quant à la position qu'il convient de donner à la femme, je la crois variable suivant les cas. M. Péan préconise exclusivement le décubitus latéral gauche et dans cette situation on opère en effet avec plus de sécurité et de facilité toutes les fois que l'utérus ne se laisse pas abaisser. Je crois donc qu'il faut toujours adopter cette situation dans tous les cas précités. Par contre, lorsque l'utérus semble plus facilement céder aux tractious, je pense qu'il est plus simple d'opérer dans la situation dorso-sacrée. Dans cette position le morcellement est peut-être plus difficile; on est un peu moins à l'aise pour détacher la vessie et la maintenir à distance sous la valve d'un écarteur, mais en revanche on surveille mieux la respiration. Le rôle des aides est moins fatigant et, détail fort important, la malade étant mieux et plus sûrement immobilisée pendant l'intervention, on observe plus les déplacements du bassin que la vigilance des aides ne saurait empêcher lorsqu'on maintient une femme pendant longtemps dans le décubitus latéral. L'opérateur n'est donc plus tenté de porter lui-même les mains sur les cuisses ou les fesses pour rétablir la bonne attitude et par conséquent il est moins exposé à contaminer ses mains.

Ceci dit, j'en arrive au manuel opératoire proprement dit: la malade étant placée dans le décubitus latéral gauche ou dans la situation dorso-sacrée, la vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés et le col solidement saisi par une pince à abaissement. Cela fait, la muqueuse vaginale est incisée comme dans toute hystérectomie, le col est libéré aussi haut que possible par voie de décollement puis on procède au morcellement. Celui-ci se fait progressivement, par

étapes successives si je puis ainsi dire et chacune de ces étapes comporte quatre manœuvres principales : 1° libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus ; 2° la section des ligaments larges ; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes ; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues.

La libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus doit se faire par décollement juxta-utérin à l'aide de l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière d'une rugine. Le décollement doit être poursuivi prudemment avec le souci constant de maintenir strictement l'instrument contre le tissu utérin. On évitera de la sorte la blessure de la vessie et du rectum et, suivant les cas, on ouvrira soit le cul-de-sac péritonéal, soit une collection purulente. Il se peut aussi que le décollement se poursuive jusqu'au bout sans qu'on ouvre ni le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent. Ce sont là autant d'éventualités qu'on doit s'attendre à rencontrer.

La section des ligaments larges se fait suivant les règles habituelles : les deux écarteurs qui ont été introduits contre les deux faces antérieure et postérieure de l'utérus, soit par décollement sous-péritonéal, soit par effraction des collections purulentes juxta-utérines, soit encore par pénétration intra-péritonéale, restent en place pour protéger la vessie et le rectum. On saisit dans une pince à mors parallèles la portion des ligaments larges correspondant au segment utérin rendu accessible et visible par les écarteurs, puis on les sectionne au bas de l'utérus.

Les deux dernières manœuvres sont fort simples. Le segment d'utérus libéré par la section partielle des ligaments larges est divisé en deux valves que l'on excise l'une après l'autre, après avoir pris le soin de fixer la base de chacune d'elles par deux pinces à abaissement. Un premier segment d'utérus est de la sorte excisé, et répétant aussitôt les mêmes manœuvres pour la portion restante du corps utérin, on

arrive à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe sans perdre de sang et en voyant toujours ce que l'on fait. Cette dernière assertion semble extraordinaire lorsqu'on n'a pas l'expérience du morcellement, mais elle n'en est pas moins exacte. On peut même dire que la condition première à remplir pour pratiquer le morcellement en toute sécurité, consiste à ne jamais pincer ou réséquer une portion de tissu sans avoir nettement vu la région sur laquelle on va placer ses pinces ou porter l'instrument tranchant.

Les deux artifices opératoires qui permettent d'agir de la sorte sont d'une part, l'usage des grands écarteurs coudés et d'autre part la division de l'utérus en deux valves. Bien manœuvrés, les écarteurs donnent, en effet, au champ opératoire des dimensions inespérées en même temps qu'ils protègent efficacement tous les organes nécessaires à respecter. Quant à la division de l'utérus en deux valves que l'on résèque isolément, elle a pour effet de faciliter l'abaissement de l'organe et de permettre le plus souvent la mobilisation des parties qui paraissaient le plus inabordables. C'est donc à cette manœuvre qu'on doit la possibilité d'extirper l'utérus en totalité, quelle que soit son élévation ou sa fixation dans le petit bassin et c'est par exception que l'on est parfois conduit à laisser au fond de la place les parties les plus élevées de l'organe, sans qu'il paraisse, du reste, en résulter aucun inconvénient sérieux au point de vue du résultat thérapeutique de l'intervention.

Dans la description qui précède, j'ai donné la marche à suivre lorsque l'utérus haut situé et solidement fixé par des adhérences paraît impossible à abaisser. Ce sont là les cas les plus difficiles ; mais il est bon de leur opposer les cas, plus simples, dans lesquels l'utérus est resté facilement abaissable pendant que les lésions inflammatoires ou suppuratives se sont localisées dans les annexes. Ici, on pourrait être tenté de simplifier le manuel opératoire et de renoncer au morcellement pour enlever l'utérus tout d'une pièce en assurant l'hémostase des ligaments larges avec les

grandes pinces de Richelot. Ce serait une faute, et voici pourquoi : en renonçant au morcellement et au pincement par étages des ligaments larges à l'aide de petites pinces, on cesserait de procéder à ciel ouvert et en introduisant les grandes pinces de Richelot sans les suivre du regard on s'exposerait à ouvrir une collection purulente avant l'ablation de l'utérus. On se placerait aussi dans les conditions les plus défavorables au point de vue de l'écoulement du pus. Or, avec le morcellement, rien de semblable n'est à craindre, les collections purulentes s'ouvrent sous les yeux de l'opérateur, le pus s'écoule dans le vagin dont l'accès lui est largement ouvert par l'ablation préalable de l'utérus et toute effraction de liquide septique dans la cavité péritonéale se trouve dès lors évitée. Je pense donc que, dans tous les cas de suppuration péri-utérine, quel que soit l'état de l'utérus, qu'il soit petit ou volumineux, mobile ou adhérent, il faut avant tout ne rien faire sans y voir et c'est par conséquent au morcellement qu'il faut recourir.

L'utérus étant enlevé, comment doit-on se comporter vis-à-vis des annexes ? Pour résoudre cette importante question, il convient d'envisager isolément deux éventualités principales : tantôt l'utérus est en contact immédiat avec les collections purulentes qui l'environnent et c'est au cours de l'intervention qu'elles sont ouvertes par le travail des écarteurs ; tantôt l'ablation de l'utérus s'accomplit et se termine avec ou même sans ouverture des culs-de-sac péritonéaux, sans que le pus soit délogé des régions plus ou moins éloignées qu'il occupe. Dans le 1er cas, l'hystérectomie doit constituer toute l'intervention, elle réalise l'ouverture large et le drainage parfait de tous les foyers, il n'y a donc pas lieu de compliquer l'intervention par des tentatives d'ablation plus complètes. La recherche des annexes dans les cas de ce genre serait d'ailleurs très grave, très difficile, ou même tout à fait impossible. Dans le 2e cas, la situation est différente ; il faut, après ablation de l'utérus, aller à la recherche du pus, soit en crevant purement et simplement les

saillies fluctuantes qui bombent sous le doigt lorsqu'on explore par le toucher la cavité résultant de l'ablation de l'utérus soit en pratiquant l'ablation des annexes. Je ne puis préciser davantage. La détermination qu'il faut prendre reste affaire d'expérience et de tact. La seule règle que l'on puisse poser c'est qu'ici encore, il ne faut rien déchirer et rien enlever sans y voir, sans quoi on s'exposerait à de véritables désastres. Sans doute, lorsque les ovaires et les trompes ne sont pas trop adhérents et cèdent à la traction des pinces sous les yeux de l'opérateur, il ne faut pas hésiter à les enlever en assurant toujours l'hémostase par la forcipressure. Mais lorsque les adhérences sont plus solides, lorsqu'on a la moindre crainte de provoquer une déchirure viscérale quelconque, il faut, je le répète, savoir se contenter, soit d'une ablation incomplète, soit de la simple ouverture des collections purulentes accessibles à l'œil et au doigt.

Telle est l'intervention dans ses traits les plus essentiels et la conduite à suivre est en définitive simple : il faut enlever autant que possible la totalité de l'utérus, procéder par décollement juxta-utérin progressif, sans faire un temps spécial de l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux ; se laisser guider à cet égard par la nature des lésions très variables suivant les cas particulier ; ne jamais agir à l'aveugle ; se contenter d'enlever l'utérus, lorsque les collections péri-utérines peuvent être largement ouvertes, soit au cours de l'intervention, soit après ablation de l'utérus ; enfin, ne pratiquer l'ablation totale des annexes que lorsque cette ablation se fait aisément et sous les yeux de l'opérateur. En procédant ainsi on se place donc dans deux conditions différentes : tantôt on enlève toutes les parties malades, utérus et annexes et toutes les conditions d'une guérison parfaite sont dès lors réalisées, tantôt au contraire il s'agit d'un simple drainage du petit bassin, mais d'un drainage parfait puisque toutes les collections purulentes largement ouvertes peuvent librement déverser leur contenu dans la vaste brèche créée par l'hystérectomie. Notez enfin que toujours on réalise cette

précieuse indication de supprimer l'organe qui a dans l'immense majorité des cas causé tous les désordres et qui peut être le point de départ de rechutes plus ou moins sérieuses chez les femmes dont on enlève simplement les trompes et les ovaires.

Pour terminer cette description opératoire, je devrais insister sur bien d'autres points, dire comment il convient de laisser les pinces en place pendant 48 heures, de mettre une sonde à demeure jusqu'à leur ablation, montrer les avantages que donne l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen pendant les premiers jours, insister sur les irrigations vaginales antiseptiques qui doivent être commencées dès le 3e jour après enlèvement des lanières de gaze iodoformée placées entre les pinces à la fin de l'opération, donner enfin tous les renseignements voulus sur l'hygiène des opérées et sur les soins minutieux dont on doit les entourer jusqu'à leur guérison. Mais si importants que soient ces détails de pratique, ils vous sont trop familiers pour qu'il soit nécessaire de les développer devant vous. Sans plus insister sur l'opération en elle-même, je dois maintenant mettre en lumière les avantages qu'elle me paraît offrir sur l'ablation des annexes par laparotomie dans le traitement des suppurations péri-utérines.

Pour ne rien omettre, je devrais peut-être établir un parallèle entre l'hystérectomie vaginale et les interventions par voies sacro-coccygiennes ou périnéales qu'on semble vouloir préconiser depuis quelque temps à la suite de Wiedow, d'Hégar et de Otto Zuckerkandl, mais je ne possède aucune expérience personnelle sur ces méthodes opératoires nées d'hier et je ne puis me permettre de les juger. Au surplus, et de l'aveu même de ceux qui les préconisent, leurs indications dans le traitement des suppurations pelviennes semblent singulièrement exceptionnelles et quels que soient les enseignements que nous réserve l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la périnéotomie ou la résection sacrée aux

conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous place la laparotomie ou l'intervention par les voies naturelles. Je me bornerai donc à montrer les avantages que l'hystérectomie me paraît avoir sur la seule opération qui soit aujourd'hui classique dans le traitement des suppurations pelviennes bilatérales des annexes, j'ai nommé la laparotomie.

La castration utéro-ovarienne par voie vaginale nous paraît devoir être préférée à la castration ovarienne par laparotomie pour quatre raisons principales : 1° l'opération est à nos yeux moins grave ; 2° elle donne des guérisons plus parfaites et plus durables ; 3° elle évite tous les inconvénients d'une cicatrice sus-pubienne ; 4° elle ne condamne pas les opérées à porter éternellement une ceinture.

Ces deux dernières conditions n'ont pas, je le sais, une valeur de premier ordre. Les perfectionnements opératoires ont permis de réduire au minimum les diverses complications auxquelles peuvent exposer les cicatrices de laparotomie et toutes les opérées font en général aussi bon marché de leur cicatrice sus-pubienne que de leur condamnation à la ceinture perpétuelle. Toutefois on ne peut nier que la possibilité de guérir des femmes jeunes sans leur laisser aucune trace visible de l'intervention ne soit un avantage auquel nombre de patientes attachent une sérieuse importance, et c'est à ce titre que nous l'enregistrons. Quant aux deux autres arguments que nous invoquons, gravité moindre de l'opération, guérison à la fois plus parfaite et plus durable, ils ont une portée bien autrement grande et c'est par eux que doit en somme se juger le débat.

Au point de vue du pronostic opératoire, vous savez combien M. Péan est affirmatif. Sur 60 cas dont il ne donne malheureusement pas les observations, il accuse 60 succès. Quant à moi, mon expérience personnelle du traitement des suppurations péri-utérines par hystérectomie n'est pas encore telle que je puisse vous démontrer par des chiffres que le pronostic immédiat de ce mode d'intervention est moins grave que celui de la laparotomie. Toutefois si vous

voulez bien vous reporter aux observations que je viens de vous citer, prendre en considération les conditions particulièrement graves dans lesquelles se trouvaient les quatre malades que j'ai perdues (obs. XII, XIII, XIV, XX) et par opposition, vous souvenir que sur les 19 malades que j'ai guéries, il en était au moins trois (obs. II, VII et XX) dont la situation était désespérée, il me semble que vous reconnaîtrez le bien fondé de mon opinion sur la réelle nécessité de l'intervention. Je sais bien qu'à cette heure, le pronostic opératoire de l'ablation des annexes par laparotomie est aussi parfait que possible et certes, lorsqu'on lit les dernières statistiques qui vous ont été communiquées; celles de MM. Pozzi et Terrillon par exemple, il semble difficile de faire mieux, mais il ne faudrait cependant rien exagérer. Dans les cas de suppurations péri-utérines graves, toutes les interventions, y compris les laparotomies les mieux conduites, demeurent très sérieuses. Chacun de nous le sait fort bien, et s'il me fallait invoquer un témoignage à l'appui de mon assertion, je pourrais vous rappeler les sages réserves que des laparotomistes consommés comme nos collègues MM. Terrier et Bouilly n'ont pas craint d'exprimer en maintes circonstances. Or, c'est précisément dans ces cas graves que l'hystérectomie manifeste le mieux sa supériorité. Il suffit d'une courte expérience pour s'en convaincre. En effet, là même où la laparotomie nécessite comme le dit M. Bouilly « les manœuvres abdominales les plus complexes, les plus difficiles et les plus périlleuses », l'intervention par voie vaginale se contente d'enlever l'utérus, de l'énucléer pour ainsi dire au milieu des fausses membranes ou des clapiers qui l'entourent. Les cavités purulentes sont ouvertes, leur drainage est merveilleusement assuré, et, détail significatif, les adhérences intestinales qui font le principal péril de la laparotomie sont respectées de parti pris.

J'insiste beaucoup sur le dernier point. Il est de ceux qui mettent le mieux en lumière les avantages de l'hystérectomie vaginale, il nous montre, en effet, qu'on n'a jamais à compter

dans ce mode d'intervention avec les dangers qui résultent de la déchirure des adhérences. Je n'ai pas à vous rappeler qu'il en est tout autrement dans l'ablation des annexes par laparotomie et, soit dit en passant, c'est la meilleure réponse que je puisse faire à cette objection déjà formulée parmi nous que l'opération serait impossible en cas d'adhérences intestinales. Rien n'est plus inexact et vous savez maintenant comment les adhérences intestinales bien loin de contre-indiquer l'extirpation de l'utérus peuvent, au contraire, compter parmi ses indications les plus nettes. En somme, l'analyse impartiale des faits permet d'établir de la manière suivante le parallèle que je poursuis devant vous. Dans les cas de gravité moyenne justiciables de la laparotomie sans mortalité opératoire, on peut, je crois, affirmer que le pronostic de l'intervention vaginale est au moins aussi bénin que celui de l'intervention sus-pubienne. Dans les cas, au contraire, où l'ablation des annexes par laparotomie exige des manœuvres périlleuses l'hystérectomie réduit au minimum les chances de mort opératoire tout en réalisant des conditions de guérison parfaites. Il me paraît donc légitime de conclure en disant que l'hystérectomie donne, en général, autant de sécurité que la laparotomie et, qu'en nombre de cas, elle doit être considérée comme moins grave.

Dans cette étude du pronostic opératoire immédiat de l'hystérectomie, j'ai laissé de côté la part de gravité qui peut revenir aux complications opératoires proprement dites, telles que les hémorrhagies, les perforations de la vessie ou du rectum. C'est qu'en effet la description de ces accidents bien connus de tous les chirurgiens, n'offre rien de spécial dans les circonstances particulières qui nous occupent. Sans doute, lorsque l'utérus est immobilisé par les adhérences, il semble que la blessure de la vessie ou du rectum soit, comme les hémorrhagies, plus difficile à éviter que dans les circonstances habituelles où se pratique l'hystérectomie. Il n'en est rien. Pour ma part, sur un total de plus de 50 hystérectomies faites pour suppurations péri-utérines,

cancers ou fibromes, j'ai observé une hémorrhagie mortelle consécutive à la mauvaise construction d'une pince faussée dans un cas d'hystérectomie pour cancer; une petite déchirure du rectum qui a guéri spontanément chez une autre cancéreuse, deux déchirures du rectum et une déchirure de la vessie chez une des malades dont je vous ai donné les observations (obs. V, IX et XIII). J'ai pu suturer séance tenante la petite déchirure vésicale de la malade de l'obs. V et la cicatrisation s'est rapidement faite. Quant aux deux cas de déchirure du rectum, vous les connaissez, chez les deux malades (obs. IX et XIII), je n'ai fait qu'augmenter une communication préexistante. L'une d'elles (obs. XIII) est morte de tout autre chose, et chez l'autre (obs. IX) la déchirure reste encore fistuleuse.

Pour ne rien omettre, je dois signaler enfin un cas de perforation vésicale secondaire qui s'est produit à la chute des eschares chez la malade de l'obs. XXII. Ce fait est tout récent et j'ai tout lieu d'espérer que la petite fistule se fermera spontanément. En tout cas, il me suffira d'une intervention fort simple pour en obtenir la cicatrisation. La proportion de mes accidents opératoires, est, vous le voyez, assez faible, et je ne doute pas qu'il soit possible de la réduire encore. Je ne veux point nier par là les difficultés souvent très réelles de l'opération et je tiens même à dire qu'il serait à mon avis très dangereux de l'entreprendre sans avoir vu faire le morcellement par des mains exercées et sans avoir soi-même une assez grande expérience de la chirurgie vaginale. Mais, encore une fois, tout chirurgien qui voudra bien suivre les règles opératoires du morcellement et s'exercer avec attention arrivera très vite à se garer des complications opératoires et à procéder en somme avec autant de sécurité par le vagin que par le ventre. Il n'y a donc pas lieu d'insister davantage et les complications possibles de la castration utérine ne sauraient nous influencer dans la comparaison du pronostic de l'intervention suivant qu'elle est vaginale ou sus-pubienne.

Le dernier point qui me reste à élucider est celui-ci : est-il bien vrai que l'intervention vaginale confère une guérison plus parfaite et plus définitive que l'ablation des annexes par laparotomie ? Ici encore et pour des raisons analognes à celles que j'ai invoquées en vous parlant du pronostic opératoire immédiat, je ne puis encore confirmer mon dire par des chiffres. Il me semble cependant que mes documents sont suffisants pour entraîner la conviction. Certes, je sais fort bien que la pyo-salpingite est, comme l'a si justement dit M. Bouilly, le triomphe de la laparotomie. C'est là qu'elle trouve toutes ses indications les plus nettes et qu'elle donne les résultats thérapeutiques les plus sûrs.

Je ne conteste donc pas la qualité des guérisons que l'ablation par laparotomie des annexes suppurées donne en maintes circontances ; bien des fois j'ai eu, comme la plupart d'entre vous, l'occasion de pratiquer avec succès cette opération. Par contre, je ne crois pas être contredit en rappelant que l'ablation des trompes et des ovaires a parfois ses revers : nombre d'opérées continuent à souffrir ; d'autres éprouvent dans la suite des accidents d'endométrite qui nécessitent un ou plusieurs curettages ; il en est enfin chez lesquelles le retour des accidents suppuratifs exige une nouvelle laparotomie. Je ne voudrais pas abuser de votre attention en recherchant dans les nombreuses statistiques des laparotomistes les proportions exactes de ces insuccès absolus ou relatifs, d'autant que nos quelques hystérectomies ne sauraient encore affronter une comparaison numérique avec les centaines de laparotomies dont on possède maintenant le relevé, je me contente de vous remettre en mémoire la possibilité de ces quelques mécomptes que plusieurs d'entre vous ont sûrement observés et que j'ai notés moi-même sur quelques-unes de mes opérées.

Or, quelles sont les causes qu'il faut accuser dans les cas de ce genre ; il en est je crois deux principales : l'ablation incomplète des parties malades et ce fait que l'utérus est toujours laissé en place. Mais il est vrai qu'on peut souvent

incriminer l'impossibilité de pratiquer une ablation radicale, il faut reconnaître que le vrai coupable, c'est l'utérus. N'est-ce pas lui qui est presque toujours le foyer générateur des lésions, et qui plus tard les entretient ou les ranime ? Ce fait est reconnu et, dès lors, il devient bien naturel de penser que l'hystérectomie est l'opération qui donne les meilleures garanties de guérison pour l'avenir. Il est, en effet, bien clair que toutes les complications tardives, hémorrhagiques ou douloureuses relevant directement de l'endométrite peuvent être à coup sûr rayées du pronostic. Mais ce que nous tenons à bien spécifier, c'est que les lésions péri-utérines se trouvent, elles aussi, après ablation de l'utérus, dans les conditions les meilleures au point de vue de leur guérison définitive. En d'autres termes, nous pensons que la persistance des douleurs ou le retour des accidents suppuratifs s'observent bien plus rarement quand on intervient par le vagin que lorsqu'on procède par le ventre.

Le temps et l'observation prolongée des malades pourront seuls donner la complète démonstration de cette assertion. Toutefois, et sans invoquer les faits malheureusement inédits sur lesquels M. Péan base ses convictions, je crois pouvoir appeler votre attention ici maintenant sur la qualité de mes résultats personnels. Ils sont, me semble-t-il, assez probants, car si j'excepte la malade de l'observation XVII qui souffre encore de lésions rétro-rectales que je n'ai pu atteindre, les autres n'ont pas cessé de jouir d'une santé parfaite depuis l'opération, sans jamais éprouver le moindre trouble, ni la moindre douleur du côté du petit bassin. Du reste, en réfléchissant un instant aux conditions particulières réalisées par l'intervention vaginale, il me semble que la supériorité de ce mode opératoire doit s'imposer à l'esprit.

Lorsque la nature des lésions permet l'ablation totale de l'utérus et des annexes, et le fait est fréquent, la perfection du résultat ne saurait être contestée : aucune autre opération ne peut, à coup sûr, conférer une guérison plus radicale. Quand l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète

des annexes, la supériorité du résultat opératoire est moins évidente et cependant elle reste encore facile à mettre en lumière. Quel est, en effet, le reproche principal qu'on puisse lui adresser? c'est d'être incomplet, mais ce même reproche n'est-il point applicable à la laparotomie? Celle-ci expose non seulement à l'obligation de laisser dans le petit bassin des lambeaux plus ou moins importants de trompes ou d'ovaires retenus par des adhérences, elle respecte de parti pris l'utérus. Dans l'intervention vaginale au contraire, l'utérus est avant tout supprimé, avec lui disparaissent toutes les complications dont il peut être le point de départ. Quant aux annexes, elles ne sont enlevées que d'une manière incomplète; souvent même, tout se borne à l'ouverture des cavités purulentes, mais qu'importe, tous les clapiers péri-utérins sont à jour, le drainage est parfait, les liquides pathologiques s'écoulent librement, et bientôt, grâce à la suppression de l'utérus, les dernières, ou ce qu'il en reste, disparaissent par atrophie, et le processus cicatriciel gagne toutes les parties malades, sans qu'il reste nulle part une épine quelconque, susceptible de réveiller les lésions. La mort anatomique et physiologique des annexes qu'on a dû laisser est en un mot complète et bien plus sûre que ne peut l'être celle de l'utérus, lorsqu'il reste en place après ablation des annexes, et c'est pour cela que, dans les cas où l'ablation totale de l'utérus et des annexes est impossible, nous estimons qu'il est bien plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes, que les annexes sans l'utérus.

Telles sont les principales raisons qui me semblent militer en faveur de l'opération préconisée par M. Péan et qui m'ont conduit à cette conclusion que, dans la plupart des cas de suppuration péri-utérine bilatérale, on doit désormais préférer à la laparotomie l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes. L'observation ultérieure nous donnera seule la solution définitive de cette importante question de pratique chirurgicale, mais j'ai pensé qu'il était dès maintenant opportum de vous communiquer les pre-

miers résultats de ma pratique personnelle et de soumettre à votre contrôle une opération qui me paraît, je vous le répète, appelée à rendre les plus remarquables services.

DYSTOCIE DUE A LA PRÉSENCE D'UN FIBROME INSÉRÉ SUR LA PARTIE POSTÉRIEURE DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS. PLACENTA PRÆVIA. MORT DU FŒTUS. DÉPLACEMENT SPONTANÉ DE LA TUMEUR.

Par le Dr **Emile Blanc**, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

L'intéressante observation de Ribemont-Dessaignes, publiée dans le nº de février 1890 des *Annales de gynécologie*, nous engage à relater le fait suivant, qui s'en rapproche à bien des points de vue, et qui mérite attention par quelques détails de physiologie obstétricale, relatifs au mécanisme du déplacement des fibromes du segment inférieur et du col, pendant l'accouchement.

Il s'agissait dans notre cas, d'une femme de 30 ans, indemme d'antécédents pathologiques, et qui n'était devenue enceinte qu'après 6 ans de mariage. Sa menstruation s'était toujours accomplie avec une certaine difficulté (douleurs et ménorrhagies).

Elle faisait partir sa grossesse du 8 octobre 1888, mais ne pouvait donner aucun renseignement précis sur les premiers mouvements de l'enfant.

Nous eûmes l'occasion de la voir pour la première fois le 22 juillet 1889, c'est-à-dire vers le terme de sa grossesse, à 9 heures du soir. Depuis le 20 elle éprouvait des douleurs abdominales vives, ayant le caractère des contractions utérines, qui dans la nuit du 21 au 22 juillet l'empêchèrent complètement de dormir. La sage-femme qui devait l'assister pressentant un accouchement anormal, s'était retirée sous un prétexte quelconque.

Un examen général de la parturiente nous rassura sur la bonne conformation de son squelette, et sur son état de santé. Mais un détail frappait aussitôt l'attention, c'était le développement considérable du ventre, développement qui, assez régulier en avant et

sur les côtés, finissait en une saillie brusque au-devant de l'épigastre, et au-dessus de la symphyse. La femme se plaignait de douleurs incessantes dans tout le ventre et les reins.

Le palper, rendu très difficile par la douleur et la tension des parties, révélait la présence d'une tumeur abdominale, régulière, lisse, rénitente, douloureuse, du volume d'un utérus arrivé au terme de la grossesse. Une zone de sonorité limitait cette tumeur au niveau des flancs et à l'épigastre. Vers son fond, on sentait se déplacer une masse dure assez analogue à une grosse extrémité de fœtus. La saillie hypogastrique paraissait appartenir aussi à l'utérus, car il n'existait aucun signe de réplétion vésicale. Nulle part on n'entendait les bruits du cœur d'un fœtus ; seul, un souffle maternel intense couvrait la région hypogastrique.

Au toucher vaginal on était bien vite arrêté par une masse dure, régulière, lisse, non douloureuse, remplissant l'excavation pelvienne, descendant jusque sur le plancher, effaçant le cul-de-sac postérieur, refoulant contre la symphyse la paroi vaginale correspondante. Cette tumeur laissait un certain espace, bien limité il est vrai, à gauche de l'excavation. Entre elle et la symphyse pubienne, il existait une fente, capable tout au plus de laisser passer deux doigts. Au fond de cette fente, au niveau du bord supérieur de la symphyse, on atteignait, péniblement, un col long, très mou, entr'ouvert à son orifice externe, confondu avec la tumeur par sa lèvre postérieure.

Un diagnostic s'imposait, celui d'une grossesse arrivée à terme compliquée d'un fibrome du col, peut-être du segment inférieur, avec rétention d'un fœtus mort dans la cavité utérine.

Grâce à un peu de chloral, la nuit qui suivit fut moins pénible. Le lendemain matin à 8 heures, M. le professeur Fochier, notre maître, vit la malade, et devant la gravité de la situation fit tout préparer pour une opération de Porro.

A 10 heures, pendant l'anesthésie au chloroforme, on constata que cette tumeur jouissait d'une certaine mobilité, et, de plus, que l'espace resté libre entre elle et la symphyse pubienne était un peu plus large. En conséquence, on laissa la femme se réveiller, et on attendit.

Deux jours se passent sans phénomènes bien particuliers. Vers la fin du second jour, la poche des eaux se rompt, et il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide fade, sanguinolent, mêlé de caillots.

Des douleurs plus nettes, plus caractérisées éclatent dans la nuit du 25 au 26 juillet. Le matin, à 9 heures, la tumeur semble occuper une situation identique. Toutefois, derrière la symphyse, on atteint, avec quelque difficulté, un col effacé, mince, un peu dilaté, ayant la forme d'une fente transversale, de 2 à 3 cent. d'étendue; à travers l'orifice externe fait saillie une petite masse irrégulière, molle, qu'on reconnaît être un cotylédon placentaire. On s'explique ainsi le mélange de caillots sanguins au liquide amniotique, lors de la rupture de la poche.

L'état général de la femme est satisfaisant, il n'y a aucune élévation de température.

Dans la soirée du 26, on constate que la fente cervicale s'est agrandie, et que le fibrome a subi un léger mouvement d'ascension, libérant une partie de l'excavation à gauche.

Le 27 juillet, à 8 heures du matin, l'orifice externe dilaté à 4 ou 5 cent. a pris une forme circulaire. Une anse de cordon prolabe à travers. On reconnaît au détroit supérieur le siège décomplété du fœtus (mode des fesses) en S. I. G. Son dos croise en sautoir la face antérieure de l'utérus, et aboutit dans l'hypochondre droit, à une masse volumineuse, plus régulière, donnant sous la pression des doigts une sensation de crépitation (crâne fœtal). Par suite du développement anormal du segment antéro-inférieur de l'utérus, presque tout le siège du fœtus est logé au-dessus et en avant de la symphyse.

A 1 heure de l'après-midi, la dilatation n'a plus fait de progrès. Mais, comme une assez grande partie de l'excavation est maintenant libre, comme le fœtus est mort, on accède aux désirs de la parturiente, et on fait l'extraction. M. le professeur Fochier parvient sans trop de difficultés à appliquer un crochet mousse sur le pli de l'aine situé en avant; le tronc du fœtus franchit assez bien l'obstacle: seule la tête exigea quelques efforts.

Le fœtus volumineux et macéré, paraissait mort depuis 8 à 10 jours. La délivrance, faite par expression quelques minutes plus tard, amena une hémorrhagie dont eurent raison des injections chaudes.

Voici quels étaient les rapports des parties immédiatement après l'accouchement: cavité pelvienne libre; col utérin largement ouvert, aminci, souple, paraissant continuer le vagin; au-dessus existe un *segment inférieur souple, aminci, nettement constitué*

et assez développé, car nous lui assignons une hauteur de 4 travers de doigt. Le segment inférieur est surmonté par l'anneau de Bandl, apparaissant, au moment d'une contraction utérine, sous la forme d'un cercle musculaire épais, saillant, comme taillé à pic. *Dans aucun point du segment inférieur on ne trouve trace de fibrome ; il est dans tout son pourtour souple, mou, et relâché. Mais immédiatement au-dessus de l'anneau de contraction*, on reconnaît à droite et en arrière, l'extrémité inférieure, dure, lisse régulière, très limitée, d'une tumeur fibreuse, que l'on sent se continuer dans l'abdomen avec une autre masse perçue par le palper, dans le flanc droit. Nous assignons à cette tumeur le volume d'une tête de fœtus à terme. De forme ovalaire, à grand axe vertical, elle est aplatie d'avant en arrière, et comme plaquée contre le corps de l'utérus.

La parturiente a eu des suites de couches simples. Pendant plusieurs jours la tumeur resta accessible par l'abdomen. La mauvaise volonté de cette femme nous a empêché de suivre, par le toucher, les nouveaux rapports que prenaient les parties, et de remplir ainsi une lacune regrettable.

Nous n'insisterons pas sur les multiples effets qui sont résultés de la présence d'un volumineux fibrome sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus, car on a depuis longtemps étudié ce genre de dystocie.

Comme accidents de grossesse imputables au fibrome dans notre cas, nous devons noter la production d'un placenta prævia, la mort du fœtus, une présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée.

En dehors de l'existence de tout vice diathésique chez les parents, la mort du fœtus doit être attribuée à un accident de compression placentaire. Par suite, en effet, de la résistance qu'opposait le fibrome en arrière, à la formation du segment inférieur, ce dernier ne s'est d'abord constitué que sur sa partie antérieure.

Il en est résulté une sorte d'excavation sacciforme, située au-devant des pubis, qui logeait l'extrémité pelvienne du fœtus, et, de plus, donnait insertion au placenta. Ce dernier a donc subi de la part de la présentation, une compression

lente, continue qui est allée s'exagérant à mesure que le fœtus se développait, et que la tension intra-utérine augmentait. La cessation des échanges utéro-placentaires en a été la conséquence.

Dans notre cas, comme dans celui de Ribemont-Dessaignes, l'enfant se présentait par le siège. On sait, d'après les statistiques de Tarnier, Lefour, Chahbazian, etc..., combien cette présentation est fréquente dans les fibromes du col et du segment inférieur. Tarnier donnait pour cette fréquence, relativement à la présentation du sommet, la proportion de 1/16. Sur 100 présentations, Lefour note 32 sièges ; et Chahbazian établit la proportion de 26 0/0.

Ce fait trouve son explication dans la modification de forme que la tumeur imprime au sommet de l'utérus, et dans les rapports nouveaux qui s'établissent entre le contenant et le contenu. Mais en quoi consistent exactement ces changements de rapports. Pour Chahbazian, les fibromes du col favorisent la présentation du siège :

1° En obstruant l'excavation pelvienne, et en laissant mobile au-dessus du détroit supérieur la présentation ;

2° en déformant le segment inférieur : « l'espace laissé libre entre la tumeur et le segment inférieur est plus facilement occupé par la partie la plus petite du fœtus, le siège, qui s'engagera ». Cette dernière explication ne vaut que pour le siège décomplété, mode des fesses, car le siège complet est à terme la partie la plus volumineuse du fœtus, et devrait au contraire occuper le fond de l'organe. Quant à la mobilité du fœtus nous ne croyons pas qu'elle joue le rôle qui lui est assigné par cet auteur. En effet, dans les observations que nous avons parcourues, il est souvent dit que la tension des parois utérines était accrue. Les fibromes volumineux qui se développent au pourtour du segment inférieur et du col, doivent réduire dans de certaines limites la hauteur de la cavité utérine. Dans notre observation, dans celle de Ribemont-Dessaignes, par exemple, le pôle inférieur du fœtus s'était presque entièrement logé en avant et au-dessus

de la symphyse. Il en résulte que lorsque au 8e mois, le fœtus voudra changer de présentation, il se trouvera immobilisé par le défaut d'espace du contenant en présentation du siège, ou bien s'arrêtera en présentation du tronc (20 à 21 0/0 dans fibromes utérins), si l'évolution commencée n'a pu aboutir.

Mais le principal fait sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est ce phénomène curieux, du déplacement de la tumeur sous l'influence des contractions utérines. Si le phénomène clinique est depuis longtemps connu, une explication bien complète de son mécanisme fait encore défaut. Dans la discussion qui eut lieu en 1869 à la Société de chirurgie, Tarnier donnait l'explication suivante : « Les fibres verticales de l'utérus en se contractant, tirent sur les fibres horizontales du col, et agissent en même temps sur la tumeur qui fait corps avec le tissu utérin, si bien que la tumeur se déplace avec le col, pendant que celui-ci se dilate ».

D'après Guéniot l'obstruction du petit bassin par les fibromes sessiles et sous-péritonéaux du col, tend à disparaître « par le triple fait des contractions utérines, de la dilatation progressive de l'orifice, et finalement de l'ascension de la tumeur au-dessus du détroit supérieur ». Il admet comme influences adjuvantes : l'écoulement du liquide amniotique qui désemplit la matrice, et, à un faible degré, amène l'élévation du segment inférieur ; la présence au niveau du col de l'extrémité pelvienne du fœtus, capable de s'insinuer entre la tumeur et le col.

Voici comment, sur le même sujet, s'exprime Lambert (1) : « Le déplacement se produit surtout dans les cas où la tumeur est sessile sur le segment inférieur de l'utérus ou peu pédiculée. Ne pouvant déprimer son fond, l'utérus relève autour de la partie fœtale, sur l'extrémité la plus élevée de laquelle il prend point d'appui, toute la paroi qui l'entoure, et efface sa cavité de bas en haut ; la paroi utérine prenant pour centre fixe le milieu du fond appuyé sur la partie fœtale,

(1) Thèse de Paris, 1870.

agit comme le diaphragme à sa périphérie; de cette façon toute la masse de l'utérus a une tendance à se rapprocher du centre, et bientôt la partie engagée est libre, et l'expulsion se fait par les forces ordinaires. La dilatation ne saurait produire l'effet voulu, limitée comme l'est cette dilatation par les parois incompressibles du bassin. A ce moment il faut une force élévatrice, et pour cela il suffit que la direction de la force agissant change. Jusqu'à présent elle n'avait fait qu'éloigner l'obstacle dans le plan horizontal, à présent elle l'éloigne dans le plan vertical. »

Il est incontestable que toutes ces causes, invoquées par les auteurs que nous venons de citer, et particulièrement la dilatation et l'élévation du col contribuent pour une grande part à mobiliser la masse fibreuse, quant elle est mobilisable, mais elles n'expliquent pas tout. On ne comprend guère, de cette façon, pourquoi un fibrome sessile du sommet de l'utérus, alors qu'il occupe toute la hauteur de l'excavation, qu'il a refoulé le col bien en avant et au-dessus de lui, lorsqu'il siège en arrière, va pouvoir, en même temps que ce col se dilate, non seulement libérer une partie du petit bassin, mais encore remonter au-dessus de l'orifice utérin, jusqu'à devenir inaccessible au doigt explorateur. C'est cependant ce que nous avons vu se produire dans notre cas. Le fibrome qui descendait jusqu'au fond de l'excavation, et avait rejeté le col au-dessus de la symphyse pubienne, remonta peu à peu dans l'abdomen sous l'influence des contractions utérines, et bien au-dessus de l'orifice externe après l'accouchement, nous trouvâmes ce qui restait de la portion vaginale du col vers l'entrée du bassin, *surmontée du segment inférieur de l'utérus libre de toute production néoplasique. La tumeur avait glissé sur toute la hauteur de ce segment, et gagné le corps utérin proprement dit.* Son extrémité inférieure affleurait l'anneau de contraction, qui paraissait nettement constitué sur tout son pourtour, aussi bien en arrière, au-dessous de la tumeur, qu'en avant. Sa masse s'était presque tout entière logée dans la cavité abdominale.

Le déplacement de certains fibromes qui s'insèrent à la base du col ou sur le segment inférieur de l'utérus, semble donc essentiellement lié à la formation de ce segment inférieur. Or, cette formation, telle que nous avons pu la constater et la décrire à la fin de la grossesse ou au commencement de l'accouchement, nous paraît résider surtout dans un déplacement, ou une distribution différente des fibres musculaires qui relient le corps de l'utérus au col. Nos recherches cliniques ultérieures n'ont fait que nous confirmer dans cette idée. Ainsi, nous nous expliquons la formation parfois très rapide du segment inférieur, son développement par à coups, la marche excentrique de l'anneau de contraction dans la hauteur des parois utérines, l'accroissement correspondant de son volume, etc... Nous ajouterons que certains détails anatomiques, la laxité des adhérences utéro-péritonéales dans toute la zone du segment inférieur, l'abondance du tissu cellulaire à ce niveau, et certaines particularités cliniques, la constitution par exemple de l'anneau de contraction en dedans de la tumeur dans notre observation, permettent de supposer que les bandes musculaires capables d'un pareil glissement, ou destinées à subir une pareille ordination, siègent presque exclusivement dans les couches externes de la musculature de la partie inférieure de l'utérus.

Il résulte de cela que lorsqu'un fibrome prendra la plus grande partie de ses insertions dans les zones musculaires utéro-cervicales mobilisables, il accompagnera, au moment du travail ces fibres dans leur ascension verticale, indépendamment de toute progression de l'orifice externe et du col proprement dit.

Il est évident que les adhérences inflammatoires qui parfois s'établissent au pourtour de la tumeur, qu'une insertion large de celle-ci sur la hauteur des parois cervicales, c'est-à dire sur une région à texture musculaire différente et, par suite incapable de subir les changements des zones susjacentes, peuvent devenir un obstacle à l'ascension du néo-

plasme, comme aussi à la formation du segment inférieur qui le supporte.

DE L'ACTION DES ANTISEPTIQUES SUR LE PÉRITOINE

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine,
F. de Grandmaison, interne des hôpitaux, préparateur adjoint au laboratoire d'histologie de la Faculté, et **Marcel Bresset**, externe des hôpitaux (1).

10. ACTION DE L'AIR. — Nous avons d'abord voulu voir si le péritoine exposé quelques instants à l'air ne subissait pas d'altération. Pour cela, après avoir fait une laparotomie large sur un chien, nous avons soigneusement sorti du ventre une anse intestinale avec son mésentère, et tenant l'anse par ses deux extrémités à l'abri de tout frottement, nous avons laissé le mésentère exposé à l'air du laboratoire pendant cinq minutes. Le mésentère a un peu perdu de sa transparence ; il estdevenu blanchâtre et légèrement opalin. Nous avons pris alorsun fragment de mésentère; puis l'anse a été réduite avec les mêmes précautions, et 48 heures après nous avons repris un second fragment de mésentère, auprès du trou laissé par l'ablation du premier, c'est-à-dire en un point qui avait été certainement exposé à l'air. Les colorations des noyaux et les imprégnations au nitrate d'argent n'ont révélé aucune altération des cellules de ces deux pièces.

11. FROTTEMENTS. — Pour nous rendre compte de l'action des frottements, nous avons procédé de diverses façons. D'abord en tendant le mésentère par des tractions exercées sur l'anse intestinale, nous avons frotté sans violence les deux faces de ce mésentère avec un tampon de coton hydrophile un peu serré, c'est-à-dire dur. La préparation a été aussitôt plongée dans la solution de nitrate d'argent à 1 p. 200. Nous avons constaté que la presque totalité du revêtement endothélial avait été enlevée.

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, Janvier et Février 1891.

Dans d'autres expériences nous avons frotté toujours avec des tampons de coton hydrophile le mésentère non tendu, l'anse étant flottante, ou bien nous avons introduit plusieurs fois un tampon monté sur une pince dans la cavité abdominale, comme on le fait dans la toilette du péritoine. Enfin nous avons tiré hors du ventre une anse intestinale, et nous l'avons maintenue pendant cinq minutes entre deux compresses aseptiques de fine toile chauffées à 39°. Les lésions que l'on constate dans ces conditions sont extrêmement irrégulières, ainsi qu'il est aisé de le prévoir ; mais elles sont en somme peu importantes. Par places quelques cellules sont mécaniquement enlevées, mais en petit nombre. Celles qui restent ne présentent presque aucune altération.

Enfin nous avons fait quelques expériences avec les deux poudres antiseptiques, qui sont assez fréquemment employées dans les laparotomies, l'iodoforme et le salol.

12. Iodoforme. — Deux chiens de petite taille ont reçu chacun 0,50 centigr. de poudre d'iodoforme dans la cavité abdominale. Ils ont été sacrifiés au bout de 4 et 9 jours. Ni chez l'un, ni chez l'autre, il n'existait d'épanchement. Le péritoine et l'intestin avaient leur aspect normal. Toutefois chez l'un de ces animaux, nous avons trouvé une petite adhérence, large comme une lentille, entre l'épiploon et une anse intestinale. En détachant cette anse encore molle, nous avons trouvé dans son épaisseur quelques grains d'iodoforme. L'examen microscopique de quelques fragments de mésentère recueillis chez ces animaux n'a révélé aucune altération des cellules endothéliales. Mais il faut remarquer que 0,50 centigr. de poudre d'iodoforme ne représentent pas un gros volume et qu'il est possible que les parties du mésentère sur lesquelles notre examen a porté n'aient pas été en contact direct avec l'iodoforme.

13. Salol. — Deux chiens ont reçu l'un 1 gr., l'autre 2 gr. de salol. A l'autopsie, faite le quatrième jour, nous n'avons trouvé aucune altération macroscopique. Sur les pièces imprégnées de nitrate d'argent, nous n'avons trouvé aucune

altération notable des cellules de l'endothélium. Ce résultat a plus de valeur que pour l'iodoforme. Le salol a un poids spécifique si faible, que deux grammes font une masse relativement considérable et on peut supposer que, en quatre jours, les mouvements de l'intestin ont dû répandre la poudre un peu partout. Il faudrait donc conclure que le salol n'a pas d'action nocive sur les cellules du péritoine. D'autre part on peut en injecter dans la cavité abdominale des quantités énormes sans produire de phénomènes d'intoxication. En raison de ces deux faits, on est tenté de recommander chaudement l'usage du salol dans les laparotomies. Mais encore faudrait-il savoir s'il est efficace : ce point n'est pas établi. On admet généralement que le salol n'agit guère comme antiseptique qu'en se décomposant. Or, malgré la réation si sensible du perchlorure de fer, nous n'avons jamais pu révéler la présence d'acide salicylique dans le péritoine des chiens, cobayes, lapins qui avaient reçu des doses même considérables de salol. Il reste donc là un point douteux. Ajoutons que le salol introduit dans le péritoine ne s'élimine par les urines qu'avec une extrême lenteur.

Les recherches dont nous venons d'exposer les résultats sont fort délicates et d'un genre à peu près nouveau. Nous ne connaissons pas de travail ayant porté sur la pathologie cellulaire proprement dite, c'est-à-dire sur les altérations des cellules elles-mêmes. Ce qui rend en général ces recherches fort difficiles, c'est qu'avec nos moyens d'investigation nous ne pouvons guère étudier que la morphologie des éléments cellulaires. Tout un côté de la question, peut-être le plus important, nous échappe d'une manière complète. Les qualités morphologiques ne sont pas tout ; il y a côté d'elles les qualités chimiques que nous ne connaissons pas suffisamment. Il ne paraît pas douteux qu'une cellule puisse être physiologiquement détruite alors que sa forme n'a subi aucun changement. Ce qui est changé en elle, c'est sa composition chimique élémentaire.

Dans nos études, nous avons constaté des modifications

morphologiques, la rétraction de la cellule d'une part, sa desquamation d'autre part, et, en outre, une modification d'ordre probablement chimique, qui établit le lien entre ces deux altérations ultimes. Si nous avons pu saisir cette phase intermédiaire, cette altération chimique, c'est par ce que l'un de ses effets est de rendre le protoplasma cellulaire apte à fixer les sels d'argent, et qu'ainsi, la modification chimique est rendue par les réactifs morphologiquement appréciable.

Nous ne croyons pas qu'on puisse mettre en doute les résultats que nous avons obtenus. D'une part nous avons toujours employé la méthode comparative, examinant simultanément pour chaque animal des fragments de péritoine sain et des fragments de péritoine altéré, tous préparés exactement avec la même technique. D'autre part, dans toutes nos expériences multiples, nous avons toujours constaté les mêmes altérations pour la même substance. Que si l'on prétendait que la coloration grisâtre des cellules est tout simplement due à la réduction des sels d'argent par les liquides antiseptiques employés, nous répondrions que la coloration a bien pour siège l'intérieur de la cellule, qu'il s'agit incontestablement d'une imprégnation positive du protoplasma, et que la desquamation qui atteint ces cellules colorées du vivant même de l'animal prouve bien qu'elles sont gravement frappées.

Nous pouvons donc dire que tous les antiseptiques énergiques, même à doses faibles (acide phénique, sublimé, biiodure de mercure, acide salicylique) altèrent notablement les cellules endothéliales du péritoine en modifiant leur protoplasma.

La solution de Rotter est moins destructive.

Le violet de méthyle agit d'une autre façon en colorant les noyaux cellulaires sur l'animal vivant. Le résultat n'est sans doute pas meilleur.

L'acide borique, par contre, ne produit que des lésions nulles ou insignifiantes. Il altère moins que la solution de chlorure de sodium, qui, elle-même, altère moins que l'eau

distillée pure. Il y aurait donc avantage à employer les solutions boriquées dans les laparotomies.

L'iodoforme et le salol ne paraissent pas altérer le péritoine. Mais, dans ces conditions, les propriétés antiseptiques de ce dernier sont douteuses.

V

INFLUENCE DES ALTÉRATIONS PRODUITES PAR LES ANTISEPTIQUES SUR LA RÉSISTANCE DU PÉRITOINE A L'INFECTION. — Tels sont les résultats des examens histologiques : tous les antiseptiques énergiques altèrent les cellules endothéliales du péritoine. Si ce résultat n'est pas douteux, il n'en est pas de même de ses conséquences. Le sublimé, l'acide phénique produisent une desquamation rapide des cellules, mais cette desquamation n'est que partielle. Les cellules qui restent ont-elles encore un certain degré de résistance vitale ? Sont-elles capables de résister aux micro-organismes pathogènes soit par la phagocytose, soit par la sécrétion de substance toxique? Un péritoine qui a subi l'action des antiseptiques est-il moins bien défendu qu'un péritoine normal contre l'infection ? C'est là ce qu'il importerait le plus de savoir au point de vue pratique, et nous l'ignorons complètement. De tous les histologistes expérimentés que nous avons consultés, aucun n'a pu nous répondre à ce sujet. L'étude histologique de la vie cellulaire n'est pas assez avancée pour qu'on puisse résoudre cette question.

C'est devant cette impuissance de l'histologie, que nous avons conçu l'espoir d'arriver à cette importante solution en nous servant des microbes comme réactif.

Voici quel était le principe rationnel de cette nouvelle tentative.

Les recherches de Bumm, de Fraenkel (1), de Predöhl (2),

---

(1) FRAENKEL. *Munchener med. Woochensch.*, 14 janvier 1890, n° 2, p. 23.
(2) A. PREDOHL. *Eodem loco*, p. 22.

de Laruelle (1), ont établi que dans tous les cas de péritonite mortelle, on trouve des micro-organismes dans le péritoine. D'autre part la résistance du péritoine à l'infection déjà constatée par Wegner (2), a été expérimentalement démontrée par les travaux de Grawitz (3), de Pawlowsky (4), de Laruelle, de Herbert J. Waterhouse (5), Pawlowsky a pu produire des péritonites sur le lapin en injectant des cultures pures de microbes, mais il a constaté que les liquides aseptiques irritants favorisent grandement l'infection. Pour Grawitz, Laruelle et Waterhouse l'introduction de microbes pyogènes, même à dose élevée, dans le péritoine sain est absolument inoffensive. Pour qu'une péritonite se développe, il faut injecter en même temps que des microbes pyogènes, une substance irritante aseptique. Pour l'un l'action de la substance irritante est seulement favorable, pour les autres, elle est nécessaire : pour tous, elle est importante. Il était donc légitime de chercher si les antiseptiques étaient capables de jouer le rôle de cette substance irritante : les micro-organismes devenaient ainsi la pierre de touche de la résistance vitale des cellules.

Dans ses expériences, Laruelle s'était servi de matières fécales et surtout de bile stérilisée.

C'est cette dernière substance que nous avons utilisée et nous avons conçu le plan expérimental suivant : nous assurer de la résistance du péritoine aux micro-organismes ; puis voir si, sur des chiens de même taille et de même âge, la même dose de culture pure, qui seule ne produisait pas de lésions péritonéales, qui associée à la bile déterminait des péritonites, en déterminerait aussi sur le péritoine traité par

(1) Laruelle. *La cellule*, t. V, 1er fasc., 1889, p. 61.

(2) G. Wegner. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. chir. V. Kongres*, 1877, p. 1, 97.

(3) Grawitz. *Charité Annalen*, 1886, p. 776.

(4) A. D. Pawlowsky. *Cent. f. chir.*, 1887, n° 48, p. 881.

(5) H. J. Waterhouse. Th. d'Edinburgh, 1er avril 1889, et *Virchow's Archiv.*, t. CXIX, p. 342.

les antiseptiques. Par malheur ce plan expérimental n'a pu être complètement exécuté, parce que dans les conditions où nous nous trouvions, il ne nous a pas été possible de produire des séries de culture de virulence égale.

Nous avons pu constater comme tous les expérimentateurs l'incroyable résistance du péritoine à l'infection microbienne. Deux microbes ont été utilisés, le staphylococcus aureus et le bacterium coli commune. Avec ce dernier nous n'avons jamais pu produire de péritonite. Quelques animaux sont morts 8 ou 10 heures après l'injection, avec des symptômes manifestes d'intoxication, empoisonnés par les produits toxiques de la culture, mais sans lésions du péritoine. Avec le staphylococcus, nous avons réussi une seule fois à produire une péritonite mortelle en injectant 20 seringues de Koch d'une culture très virulente. L'animal est mort en moins de 20 heures. L'épiploon était violacé, noirâtre ; l'intestin fortement congestionné ; le mésentère présentait des ecchymoses ; enfin, il y avait un épanchement très abondant.

Un accident qui nous est survenu au cours de ces recherches prouve bien la résistance du péritoine. Un cobaye a succombé à une injection de staphylococcus aureus, que d'autres avaient supportée sans accident. A l'autopsie de cet animal nous avons constaté que l'injection avait été faite non pas dans le péritoine, mais dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale. Nous nous servions, à ce moment-là, de canules mousses pour éviter la blessure de l'intestin. L'animal est mort deux jours et demi après l'injection avec un énorme phlegmon, qui remontait jusqu'au cou.

Quant aux expériences faites dans le but de comparer l'action de la bile et celle des antiseptiques, elle n'ont donné aucun résultat pour les raisons qui j'ai déjà dites.

En présence de ces difficultés presque insurmontables, nous avons voulu chercher au moins si l'effet de la bile sur les cellules péritonéales était du même ordre que celui des antiseptiques. Nous avons constaté les résultats suivants : La

bile recueillie 24 heures après la mort et stérilisée par la chaleur a été mise en contact pendant cinq minutes avec le mésentère. Au bout de ces cinq minutes, l'endothélium péritonéal a déjà complètement disparu. La figure 6 est la reproduction exacte d'un fragment de mésentère altéré par la bile. Au bout de 48 heures les mêmes altérations persistent. Dans tous les cas les cellules endothéliales des vaisseaux étaient absolument normales. Les altérations produites par la bile sont donc comparables, bien que plus rapides et plus intenses, à celles que produisent le sublimé et l'acide phénique.

Il s'ensuit que l'emploi des antiseptiques énergiques dans les la parotomies a de notables inconvénients lorsque le péritoine est sain. Ces antiseptiques peuvent diminuer la résistance de la séreuse et favoriser la production d'adhérences consécutives. Si le péritoine est antérieurement malade, si une péritonite grave a déjà altéré les cellules endothéliales, si la libération d'adhérences étendues d'une énorme tumeur en a déjà détruit le plus grand nombre, les inconvénients diminuent, et le lavage avec les solutions antiseptiques peut rendre des services. Mais dans les laparotomies où on trouve la surface péritonéale saine, ce qui n'est pas rare, nous croyons que :

1° Les antiseptiques énergiques (acide phénique, sublimé, biiodure de mercure, acide salicylique) offrent plus d'inconvénients que d'avantages. La solution de Rotter est moins nocive.

2° De tous les liquides employés dans les laparotomies, les solutions de chlorure de sodium à 6 ou 7 p. 1000, et les solutions d'acide borique à 3 p. 100 sont celles qui altèrent le moins le péritoine. La dernière paraît être la plus inoffensive.

3° L'iodoforme et le salol en poudre n'exercent que peu ou pas d'action sur l'endothélium. Il reste à savoir s'ils sont très antiseptiques dans ces conditions (1).

---

(1) Des expériences en cours d'exécution, depuis le mois de juin dernier, tendent à prouver qu'à ce point de vue les meilleurs liquides qu'on puisse employer sont les huiles.

REVUE GÉNÉRALE

LE MASSAGE A LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MOSCOU

Par Mme R. Boyer.

A la Clinique de gynécologie que dirige, à Moscou, le professeur Snéguireff, une place considérable est faite au massage : un docteur masseur, Mr M.-M. Remizoff, auteur d'un mémoire « le Massage en gynécologie », Moscou, 1889, vient chaque matin pratiquer lui-même les applications. Les heureux résultats obtenus à cette clinique par ce procédé, qui décidément a conquis droit de cité parmi les moyens thérapeutiques de la gynécologie moderne, m'encouragent à décrire brièvement les indications qui en règlent l'emploi et les manœuvres qu'il nécessite.

Quand doit-on prescrire le massage? D'une façon générale, toute maladie gynécologique dans sa phase aiguë contre-indique ce traitement ; même contre-indication sévère dans les cas de grossesse, de tuberculose, de blennorrhagie, d'élévation de température. Par contre, on peut considérer comme tributaires du massage toutes les maladies chroniques de l'utérus et de ses annexes, se manifestant par une augmentation de volume, un changement de forme, une fixation vicieuse ; de même, les périmétrites, qu'elles soient adhésives ou exsudatives, les paramétrites, le prolapsus utérin à ses divers degrés, accompagné ou non de cystocèle ou de rectocèle.

Le traitement par le massage comprend deux phases : massage proprement dit, puis gymnastique.

Pour une séance de massage, la malade dont la vessie a été préalablement vidée, est placée sur un canapé bas, à demi couchée sur le dos (halbk rumliegende Stellung), la tête bien soulevée au moyen d'un chevet mobile, les cuisses

fléchies et légèrement écartées. L'opérateur se place du côté gauche de la malade sur un tabouret bas (il peut aussi, suivant qu'il le trouve plus aisé, se placer du côté droit), puis, sans découvrir la malade, par-dessous sa cuisse gauche, introduit dans le vagin ou le rectum l'index de la main gauche, l'introduction dans le rectum étant réservée aux cas d'antéflexion ou de rétroflexion; le pouce s'appuie sur la symphyse pubienne, les trois autres doigts s'appliquent, par leur face palmaire, contre la fesse gauche. Le massage proprement dit est accompli par la main restée libre. L'index gauche sert à la fois comme indicateur et comme fixateur ; il soutient les parties malades, les rend plus accessibles à l'action de la main droite qui vient les atteindre à travers les parois abdominales : c'est ainsi, par exemple, que, dans les rétroversions, l'index de la main gauche, en appuyant sur la face antérieure du col, fait saillir la face postérieure de l'utérus.

En général, on commence le massage par les surfaces latérales de l'utérus. Notons, d'ailleurs, que, avant de masser les parties malades, l'opérateur fait un massage préparatif pour vider les vaisseaux lymphatiques et aussi pour faciliter, dans une certaine mesure, la résorption des produits pathologiques. La force et la durée du massage dépendent de la forme de l'affection; les maladies chroniques permettent un massage plus énergique et plus prolongé que les formes subaiguës.

Passons en revue quelques-uns des procédés le plus fréquemment usités à la clinique de Moscou.

1) *Périmétrite exsudative.* — On commence par masser les tissus qui entourent la tumeur, puis la périphérie de la tumeur elle-même; on attend que les douleurs aient cessé et que la tumeur ait diminué de volume : c'est alors seulement qu'on masse la partie centrale. Dans ce cas, comme nous l'avons dit plus haut, l'index de la main gauche est introduit dans le vagin. Le massage des maladies exsudatives doit s'effectuer avec une grande douceur : une brusquerie ma-

ladroite pourrait réveiller le processus inflammatoire.

2) *Rétroversion et antéversion.* — Le massage est particulièrement efficace contre les déviations qui s'accompagnent d'adhérences. Dans ces cas de rétroversion adhésive, l'opérateur commence précisément par détruire les adhérences; pour cela, il introduit l'index de la main gauche dans le cul-de-sac postérieur en dépassant le fond de l'utérus; puis, par de petits mouvements, il repousse doucement et progressivement l'utérus en avant; en même temps la main droite masse la face postérieure de l'utérus et les adhérences à travers la paroi abdominale. Notons qu'après chaque séance la malade doit rester couchée 1/4 d'heure sur le ventre. Quand les adhérences se sont déjà résorbées, on fait le soulèvement de l'utérus, pour donner aux ligaments utérins plus de tonicité; ce procédé sera décrit dans la manipulation du prolapsus utérin. S'il s'agit d'une rétroversion non adhésive, on replace l'utérus dans sa position normale et on pratique le soulèvement.

Même procédé pour l'antéversion.

3) *Rétroflexion et antéflexion.* — Le procédé est différent: L'index gauche est introduit dans le rectum, tandis que le pouce de la même main, introduit par le vagin et s'appuyant sur l'angle de flexion, repousse l'utérus dans la direction voulue; en même temps la main droite atteint l'utérus à travers les parois abdominales; c'est alors qu'on pratique le massage proprement dit, puis on fait le soulèvement de l'utérus.

4) *Prolapsus utérin.* — Le massage a pour but d'exciter l'activité des nerfs qui se rendent à l'utérus et d'augmenter la tonicité des ligaments utérins. Le premier résultat est obtenu par la manœuvre qu'on appelle tapottement (Klopfung): la malade se tient debout appuyée contre une chaise; l'opérateur, avec le bord interne de chaque main demi-fermée, pratique sur la région lombo-sacrée une série de petits coups ou tapottements. Quant à l'augmentation de tonicité des ligaments, on l'obtient par le soulèvement de l'utérus,

manœuvre qui ne peut être convenablement exécutée qu'à deux. La malade est couchée dans la position ordinaire du massage ; l'aide, assis sur le tabouret bas du côté gauche de la malade, soutient avec l'index de la main gauche introduit dans le vagin la portion antérieure du col : l'utérus rendu ainsi plus stable, ne se déplace pas en arrière pendant qu'on opère le soulèvement. L'opérateur, le pied droit reposant sur le sol, appuie le genou gauche sur la couchette entre les jambes de la malade ; puis, plaçant ses doigts la face palmaire tournée vers la malade, il les enfonce doucement, les fléchit, saisit l'utérus et le soulève, mouvement nettement senti par le doigt de l'aide.

On laisse l'utérus retomber lentement et on le soulève de nouveau, cette manipulation se répétant quatre fois par séance. Pendant cette manœuvre, les mains de l'opérateur restent tendues et son corps se penche de plus en plus à mesure que ses mains s'enfoncent plus profondément, de telle façon que sa figure finit par toucher presque celle de la malade.

5) *Cystocèle.* — On appuie sur la muqueuse prolabée l'index gauche et on la repousse doucement en haut, pendant que la main droite la masse à travers la paroi abdominale ; puis on pratique le soulèvement de l'utérus, pour provoquer des contractions des parois vaginales.

La gymnastique, une gymnastique rationnelle et appropriée aux circonstances pathologiques, est le complément indispensable d'un traitement par le massage. S'agit-il, par exemple, d'un prolapsus, la gymnastique consistera en l'accomplissement de mouvements d'écartement ou de rapprochement des genoux, mouvements accomplis par la malade tandis qu'un aide s'efforce de les contrarier ; ces mouvements, destinés surtout à mettre en action les adducteurs des cuisses, seront répétés une dizaine de fois par séance. Rentrée à la maison, la malade, deux fois par jour, exécutera couchée sur le dos, des mouvements *d'effort en dedans*, quinze ou vingt fois de suite.

Dans les cas de rétroversion, on conseillera à la malade de se placer dans la position génu-pectorale et de conserver cette position un quart d'heure au moins.

Telles sont les principales applications du massage gynécologique à la clinique de Moscou. Notons en terminant que le massage ne dispense point d'un traitement général : il convient de le considérer comme un adjuvant, mais un adjuvant d'une action efficace et parfois surprenante.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. SEGOND. — **Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes** (1).

M. BOUILLY. — Nous devons remercier M. Segond de nous avoir donné des faits précis et une statistique certaine sur une opération nouvelle, peu connue dans la pratique. Je n'ai pas l'expérience de cette opération, mais je crois pouvoir adresser à M. Segond quelques objections de principe, tirées de ce que je sais sur les autres traitements.

Il y a quelques indications sur lesquelles nous serons absolument d'accord. La laparotomie ne donne pas grand'chose de bon pour les annexites chroniques avec adhérences diffuses, avec ouvertures fistuleuses, viscérales ou cutanées; de même pour les cas aigus où dominent la pelvi-péritonite ou les suppurations pelviennes extra-péritonéales. Nous serons alors heureux de trouver dans l'hystérectomie vaginale une opération efficace alors que jusqu'à présent nous étions à peu près désarmés. Mais ces cas sont exceptionnels; depuis un an, je n'en ai trouvé que 3 sur 33 suppurations pelviennes.

M. Segond veut aller plus loin, et substituer l'hystérectomie vaginale à la laparotomie pour toutes les pyo-salpingites bilatérales. Il insiste, avec raison, sur cette importance de la bilatéralité. Mais est-ce un diagnostic aisé à porter exactement ? N'arrive-t-il pas qu'on croie à une salpingite bilatérale et qu'on

---

(1) Voir p. 161.

trouve une seule poche ayant refoulé l'utérus du côté opposé? Mieux encore, cette poche peut être une hydro-salpingite ; et même, les annexes étant saines, un petit kyste dermoïde. Dans les cas de ce genre, on serait désolé d'avoir sacrifié utérus et annexes.

Ici donc, je suis en désaccord avec M. Segond. Et même, pour les pyosalpingites avérées, je crois que la laparotomie convient à la majorité. L'an dernier, j'ai opéré 33 fois pour des lésions des annexes dont 23 pour pyosalpingite. Ces 23 cas seuls vont m'arrêter. Ces poches sont à envisager selon qu'elles sont moyennes, grosses ou petites.

Pour les petites, grosses comme le pouce, il y a peu d'adhérences, la laparotomie est très facile, très bénigne. Par le vagin serait-il aussi aisé de libérer une petite adhérence intestinale ? Or, il le faudrait, car pour ces petites trompes il est nécessaire d'extirper et non de drainer. De plus, dans ces cas, il n'est pas rare que les annexes soient haut situées : l'abord vaginal serait bien pénible.

Pour les salpingites moyennes, de 300 à 400 gr., j'ai eu d'excellents résultats grâce au lavage avec l'eau bouillie et au tamponnement iodoformé. En 20 à 25 jours tout est fini et je pense qu'il vaut mieux enlever ces poches épaisses, tomenteuses plutôt que de les laisser. J'en dirai autant pour les grosses salpingites, dont j'ai 14 cas, mais je reconnais qu'ici l'hystérectomie vaginale peut avoir des indications.

Ces indications, je ne les ai discutées qu'une fois, pour une collection avec adhérences diffuses, ouverte dans le rectum et si j'avais eu l'habitude de l'hystérectomie, je l'aurais sans doute pratiquée. Ma malade d'ailleurs a guéri avec une fistule recto-vaginale. Chez une autre malade, j'aurais certainement mieux fait de recourir à l'hystérectomie car par la laparotomie j'ai dû laisser l'opération inachevée.

Ainsi, pour les cas sans adhérence diffuse, je crois la laparotomie meilleure pour les petites salpingites ; bonne pour les grosses et moyennes.

Arrivons-en aux arguments de M. Segond. Je ne crois pas beaucoup, avec les incisions petites et la réunion immédiate, à la valeur de ceux qu'il tire de la cicatrice et du port de la cicatrice. Le point important, c'est la léthalité opératoire, et pour juger définitivement il faut des faits nombreux. Mais à tout prendre j'ai 4 décès sur 33 cas et M. Segond 4 sur 23 ; et je ferai observer

que de ces décès un seul concerne une grosse salpingite. Cette malade, morte de septicémie lente, je reconnais que l'hystérectomie l'eût peut être sauvée. Mais l'eût-elle pu chez une malade atteinte d'hémato-salpingite à laquelle j'ai oublié une compresse dans le ventre? Chez une autre, il s'agissait d'une salpingite catarrhale et non purulente. Chez une troisième, enfin, au 8e jour un lavement provoqua une péritonite mortelle en 48 heures : il y avait eu une perforation intestinale et le lavement aura rompu une adhérence.

La laparotomie d'autre part est plus facile : M. Segond nous déclare que l'hystérectomie exige un manuel absolument sévère, qu'elle aboutit à des durées de 2 h. à 3 h. ce qui à mon sens est, en principe, la condamnation d'une opération.

M. Segond pense que les résultats définitifs seront meilleurs. Je lui accorde que le curage utérin secondaire sera sûrement inutile. Mais ce n'est presque jamais après une pyo-salpingite qu'il est utile. Comme je l'ai dit au congrès international (voy. *Annales*, 1890, t. IV p. 119) après les laparotomies pour pyo-salpingites les résultats fonctionnels sont excellents.

En résumé, je crois que M. Segond nous a exposé une méthode destinée à faire son chemin dans le monde ; mais on doit limiter son indication aux poches non susceptibles d'extirpation et, sauf cela, la laparotomie reste pour moi l'opération de choix.

M. Richelot. — Je féliciterai M. Segond d'avoir rendu positif, clair et admissible ce qui ne reposait que sur des assertions sans preuves. Mais je crois qu'il s'est laissé un peu trop entraîner dans ses indications.

Je suis, en somme, du même avis que M. Bouilly. La mortalité de 4/23 de M. Segond n'est pas moindre que celle de la laparotomie : sur 165 laparotomies pour lésion des annexes, j'en ai une trentaine pour pyo-salpingite avec 4 décès, et c'est la proportion moyenne. Et M. Segond n'arrivera probablement pas à mieux quand il sera plus habile, car c'est à sa 12e opération qu'il a eu son premier insuccès.

M. Segond dira : il y a des statistiques sans mortalité. Je répondrai non, il n'y en a pas, et je donnerai des preuves à l'appui, j'ai vu, il y a quelques jours, un praticien de Paris dont trois clientes ont été opérées ainsi : une est morte, et j'ajouterai que les deux autres ne sont pas guéries, cette persistance des accidents n'est pas étonnante, car les femmes ont toujours un magma morbide dans leur péritoine.

M. Segond est un peu trop enthousiaste ; plus même que M. Péan, qui a proposé la laparotomie à une demi-mondaine que je connais. Et cette femme, malgré sa profession, n'a pas objecté la cicatrice abdominale. Cette objection, on ne me l'a faite pour aucune de mes laparotomies. Quant aux métrites persistantes, je pense comme M. Bouilly qu'elles sont rares dans les cas de pyosalpingite.

Mon intention n'est cependant pas de condamner la méthode : je lui reconnais des indications et c'est certainement grâce à M. Segond.

M. Richelot termine par ces indications, d'après son opinion « actuelle », dont il n'hésitera pas à changer au besoin. En somme, il pense exactement comme M. Bouilly. L'hystérectomie vaginale doit être réservée aux suppurations non extirpables, avec adhérences diffuses, cas dont le diagnostic est en général possible.

M. Bazy est du même avis et donne les mêmes arguments que les deux orateurs précédents. Il insiste sur la nécessité de n'enlever ainsi l'utérus que quand on est bien certain que la fonction génératrice est définitivement perdue. Il donne une indication spéciale que les auteurs précédents n'ont pas mise en relief : l'existence d'une fistule vaginale.

A. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances de décembre et de janvier.

Porak au nom du Dr Narich (de Smyrne). **Deux cas de présentation du siège décomplété, mode des fesses, etc.**

Obs. I. — X... 30 ans, Vpare (4 accouchements spontanés par le sommet) ; 5e accouchement, à terme, fœtus en S.I.D.A, siège décomplété, mode des fesses. Le 3e jour, la femme étant épuisée et les doubles battements fœtaux très affaiblis, terminaison manuelle de l'accouchement ; extraction d'un enfant qui pesait 7 kilogr. 1/2 et qui succomba malgré des tentatives prolongées pour le sauver. Délivrance artificielle. La température prise après l'accouchement, s'élevait à 40° ; cependant, grâce aux soins antiseptiques l'accouchée, guérie, quittait le lit le 30e jour après l'accouchement.

Obs. II. — X..., IIpare (1er accouchement, normal, par le sommet) 2e accouchement, siège décomplété, mode des fesses en S.I.D.P. Comme la région pelvienne ne s'engageait pas et que les bruits

fœtaux faiblissaient, terminaison de l'accouchement avec le forceps. Au moment de l'application de l'instrument, le sacrum regardait directement en arrière. Les cuillères, au lieu de saisir franchement les cuisses, prirent leur point d'appui sur les trochanters et les crêtes iliaques du fœtus ; cette prise qui permit l'extraction, ne s'établit qu'après 3 glissements de l'instrument, glissements très modérés en raison de la prudence mise dans les tractions. *Mère et enfants sauvés*, celui-ci présentait 3 marques superposées, correspondant aux trois étapes faites par les becs des cuillères. L'auteur pense que les *crêtes iliaques et le diamètre bitrochantérien* ont, *tous deux*, contribué au succès de l'opération, et que leur utilisation simultanée, au lieu de ne chercher à saisir, conformément au conseil donné par Olivier, que le diamètrre bitrochantérien, serait de nature à prévenir plus efficacement le glissement et à augmenter l'efficacité du forceps.

LOVIOT. **Rigidité anatomique de l'orifice utérin pendant le travail.** — X..., 20 ans, primipare, début du travail à terme, travail prolongé, dilatation comme la paume de la main, orifice souple et dilatable en arrière, épais, résistant, comme du cuir bouilli en avant, aucun progrès dans la dilatation au bout de plusieurs heures ; application de forceps, tractions très prudentes, et extraction facile d'un enfant de volume moyen, vivant. Malgré la lenteur des tractions, déchirure du col dont un lambeau long de 3 cent. 1/2, large de 1 cent. flottait dans le vagin ; apparition 36 heures après l'accouchement, d'un ictère qui ne céda que vers le 20e jour. *Guérison*. L'auteur désirerait connaître l'avis de la Société sur la meilleure conduite à suivre dans les cas de rigidité totale ou partielle de l'orifice utérin.

Discussion. PAJOT conseille d'avoir recours, mais seulement en dernier ressort, aux incisions sur le col. Circonstance curieuse à noter, pendant une épidémie de fièvre puerpérale, deux femmes présentèrent de la rigidité. Dubois leur fit à toutes deux des incisions, et elles se remirent très bien. CHARPENTIER, est moins partisan des incisions. Dans un cas, observé avec Blot, ils pratiquèrent en plusieurs temps, 6 incisions, qui ne suffirent d'ailleurs pas. Il fallut appliquer le forceps, le col se déchira et la femme mourut. PAJOT ne voit là qu'un cas tout à fait exceptionnel. BONNAIRE croit, comme PAJOT, que les petites incisions du col, surtout avec l'antisepsie, sont peu dangereuses. Il rappelle, en outre, sans la con-

seiller, la méthode exposée par Dührssen au congrès de Berlin et qui consiste à mener des incisions multiples, allant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux.

Lutaud. **Cas de menstruation précoce chez une enfant de 7 ans.** — Règles établies depuis trois mois. Seins hypertrophiés ; taille un peu plus élevée que ne le comporte l'âge.

Jouin. **Considérations cliniques sur deux cas de métrite avec utérus septus.** — Ces deux cas sont fort intéressants et ont été l'occasion de multiples erreurs de diagnostic. Obs. 1. — Femme, âgée de 20 ans, réglée à 14 ans, et mariée 3 mois auparavant. Depuis son mariage, douleurs abdominales considérables, coït douloureux, devenu même impossible, à cause de la douleur, dans les derniers temps. Soignée par son médecin pour une métrite, elle ne bénéficie en aucune sorte d'un traitement en apparence très rationnel. Une consultation est provoquée, et un médecin des hôpitaux conclut à une : périmétrite, reliquat d'un abcès rétro-utérin ayant évolué pendant la jeunesse et à la nécessité de la laparotomie, suivie peut être de l'extirpation des ovaires. C'est après cette consultation, que l'auteur fut consulté. A la suite de ses premiers examens, il se range au diagnostic émis par les autres confrères et institue, en conséquence, un traitement approprié. Or, au bout d'un certain temps, la cliente présente une hémorrhagie telle qu'il pense à la possibilité d'une fausse couche. Mais, pratiquant le toucher, il constate, avec surprise, que le doigt explorateur n'est pas taché par le sang. En examinant de plus près, il reconnaît alors que le vagin est divisé en deux loges par une cloison, qui se continue dans l'utérus, qu'il existe en somme 2 cavités cervicales et utérines.

C'est précisément la dépression correspondant à l'un des orifices sentie à travers le septum vésical, et faisant suite à une masse reliée au corps utérin du côté opposé qui avait donné lieu à l'erreur de diagnostic. Il s'agissait, en réalité, d'une *endométrite développée dans la cavité droite d'un utérus septus.* Obs. II. X..., 38 ans, a eu 3 enfants. Depuis longtemps, elle était soignée, sans succès, d'ailleurs, pour une métrite chronique, lorsqu'elle consulta l'auteur qui, également, fit ce même diagnostic, ayant constaté outre les symptômes ordinaires de la métrite, le col rappelant celui des vieilles métrites parenchymateuses et une cavité utérine de 8 cent. 1/2. C'est seulement *à la cinquième séance*, son attention étant éveillée par la situation de l'orifice externe qui lui parut

singulièrement changé, et surtout par le souvenir de l'observation précédente, qu'il constata un utérus septus ; la seconde cavité utérine mesurait 6 cent. 1/2 ; diagnostic, *métrite dans l'utérus droit d'un utérus septus*. L'auteur, dans l'analyse de ces 2 faits intéressants, appuie sur les considérations suivantes ; l'utérus *septus* est plus exposé qu'un utérus normal aux processus pathologiques ; les 2 observations précédentes paraissent favorables à l'opinion de ceux qui subordonnent l'inflammation de la matrice, exclusivement, à l'infection, car, dans les 2 cas, la lésion n'existait que dans l'utérus actif ; l'anomalie de développement paraît rendre le processus pathologique beaucoup plus rebelle ; enfin, l'erreur de diagnostic est presque inévitable si l'on ne songe pas à la possibilité de cette anomalie, qui sans doute doit passer le plus souvent inaperçue.

PORAK. — **Prolapsus de l'utérus et allongement hypertrophique du col compliquant la grossesse, avortement à 4 mois**, etc. — La femme qui fait le sujet de cette observation, se présenta à l'hôpital, à 3 mois d'une seconde grossesse, parce qu'elle éprouvait de violentes douleurs rénales et de la rétention d'urine. On constata que le col proéminait de 5 cent. au delà de la vulve, que l'orifice externe, siège d'une érosion, était entr'ouvert, sans que le doigt explorateur pût arriver jusque sur l'œuf. Le col très long (8 cent.) présentant une mollesse spéciale, ayant plutôt les caractères de l'œdème que du ramollissement physiologique, faisait un angle droit avec le corps de la matrice, celui-ci étant presque horizontalement couché suivant le diamètre antéro-postérieur et dépassant par sa face postérieure, très accessibie au palper, la symphyse du pubis. Après cathétérisme vésical, il fut facile de faire rentrer le col dans le vagin, par contre les tentatives faites pour corriger l'antéflexion exagérée de l'utérus échouèrent, le fond de l'organe semblait être invariablement fixé. Quelques jours plus tard, le col était un peu moins long et un peu plus résistant, par suite sans doute de la disposition de l'œdème. Environ un mois après, avortement, malgré le traitement institué, et expulsion d'un fœtus. pesant 320 grammes ; rétention du placenta qui, grâce aux soins antiseptiques, sans doute, ne détermina aucun accident. Ce n'est qu'un peu plus d'un mois après, la femme voulant absolument quitter l'hôpital, qu'on procéda à l'extraction du délivre. 2 grosses tiges de laminaire, rendues parfaitement aseptiques, ayant été

L'auteur raconte l'histoire d'une fille de 17 ans, qui se mouillait *constamment* la nuit, et ne pouvait rester plus de 1/4 d'heure le jour, sans vider sa vessie. La muqueuse présentait des plis profonds.

Graduellement, par des injections répétées journellement, Sims, commençant par une injection de 45 gr. d'eau tiède, arriva à faire pénétrer dans la vessie, 540 gr. de liquide. Sims cite 3 autres cas de succès, obtenus de même par la dilatation hydrostatique progressive de la vessie.

A. CORDES.

Incontinence d'urine chez la femme. (Die Behandlung der Enuresis durch Dehnung der Blasen-Schliessmuskulatur), par M. SAENGER. *Arch. f. Gynäk.*, 1890, t. XXXVIII, p. 324.

Saenger conseille une sorte de massage de l'urèthre et du sphincter avec une sonde de femme bien aseptique. La sonde une fois introduite, on la fait mouvoir en bas, puis des deux côtés de façon à bien sentir la résistance élastique des fibres musculaires. On exerce ainsi une sorte de dilatation, mais on a soin de ne pas triompher définitivement du sphincter que l'on excite en somme. C'est donc, malgré le titre du mémoire, une sorte de massage plutôt qu'une dilatation et Saenger établit d'ailleurs un parallèle avec le massage par la méthode de Thure Brandt.

A. BROCA.

Prolapsus de l'urèthre chez la femme et cystocèle vraie ou hernie vésico-vaginale. (Prolapse of the female urethre and true cystocèle or vesico-vaginal hernia), par MUNDÉ. *Am. J. of Obst.*, juin 1890, p. 614.

Cas I. — Prolapsus de l'urèthre. Mundé fit l'ablation avec les ciseaux, de la partie prolabée et fit une suture fine des bords de la plaie. Guérison au bout d'une semaine.

Mundé cite un cas de hernie vaginale de la vessie. La malade examinée à la Policlinique, ne revint pas se faire opérer. Une belle planche coloriée illustre ce mémoire.

A. CORDES.

Uréthrocèle chez la femme, par HEYDER. *Arch. f. Gynäk.*, 1890, t. XXXVIII, p. 313.

L'uréthrocèle chez la femme n'était guère connue en Allemagne, et la seule observation allemande connue est un fait de G. Simon, relaté par Winckel. Heyder publie donc un cas recueilli dans le

service de Saenger et il résume les descriptions données en France surtout par S. Duplay et ses élèves Piedpremier et Brinon. Saenger a pratiqué la résection de la poche suivie de suture des lèvres de la plaie et a obtenu un succès. Heyder insiste surtout, en terminant, sur la théorie pathogénique de Saenger. Pour cet auteur, il faut incriminer une déchirure transversale partielle de la musculeuse uréthrale, sous l'influence de l'accouchement, le travail ayant été long.

A. BROCA.

Des tumeurs polypoïdes papillaires de l'urèthre chez la femme, par SCHWARTZ, in *Semaine médicale*, 1889, p. 186.

Les papillomes de l'urèthre semblent déterminés par toutes les causes d'excitation et de congestion, la blennorrhagie en particulier, ils siègent ordinairement dans la partie antérieure du canal, près du méat. Leurs symptômes sont quelquefois nuls ; d'autres fois ils consistent en phénomènes douloureux, écoulement sanguin entre les mictions ou au moment des mictions, troubles de la miction. Ils sont quelquefois si sensibles que le moindre attouchement provoque une crise douloureuse très violente. Pour les enlever on fendra la paroi inférieure du canal en se tenant en dehors de la tumeur ; puis, écartant comme deux valves les deux parois, droite et gauche, on enlèvera le néoplasme, soit avec des ciseaux, soit avec le thermocautère ; suture du canal au crin de Florence, compresses boriquées.

H. H.

L'urèthre féminin, fréquence des accidents qui y ont leur point de départ. (The female urethra ; a source of trouble often overlooked in our gynæcological investigation), par K. P. MOORE. In *The Atlanta medic. and surgic. Journ.*, septembre 1890, t. VII, p. 385.

Moore insiste, à propos d'une observation personnelle, sur ce fait, que certaines tumeurs uréthrales sont le point de départ de troubles nerveux divers, arrivant à faire de la malade une véritable infirme. Le plus souvent on a affaire dans ces cas à des angiomes papillaires ; ce qui augmente l'intérêt de ces cas, c'est que quelquefois il n'existe aucun symptôme fonctionnel ni du côté de l'urèthre, ni du côté de la vessie ; tout se réduit à des troubles réflexes, d'où des confusions fréquentes et des diagnostics erronés d'affection utérine.

En regard de cette catégorie de faits on peut en placer d'autres, dans lesquels il s'agit de néoplasmes pour ainsi dire sans symptômes.

H. H.

Endoscopie vésicale appliquée à l'extraction des corps étrangers, par Tuffier et Janet. *Ann. des mal. des org. gén-urin,* Paris, déc. 1889, t. VII, p. 726.

Avec le cystoscope de Nitze on put voir chez une jeune fille de 18 ans, une épingle à cheveux fixée par ses deux pointes sur la partie latérale droite de la vessie se tenant debout quoique légèrement inclinée vers la gauche au milieu de cet organe. Avec un petit crochet mousse, glissé entre la paroi uréthrale et le tube du cystoscope, M. Tuffier put accrocher l'épingle puis l'extraire après avoir préalablement enlevé le cystoscope.

H. H.

Études sur quelques cas de corps étrangers de la vessie, par P. Bazy. *Ann. des mal. des org. gén-urin.,* janv. 1891, t. IX, p. 1.

Obs. I. — F. de 65 ans, peloton de gros fil de lin constituant le centre d'un calcul. Lithotritie.

Obs. II. — F. de 30 ans, manche de crochet à dentelle : Extraction avec une pince après avoir préalablement engagé le corps étranger dans l'urèthre à l'aide du redresseur Collin.

Obs. III. — F. de 20 ans, crayon, extraction avec une pince après écrasement des incrustations calcaires.

Ces faits montrent l'excellence de l'extraction par les voies naturelles.

H. H.

Prostatisme chez la femme, par E. Chevalier. *Ann. des mal. des org. génito-urin.,* janvier 1891, t. IX, p. 49.

Il existerait chez la femme comme chez l'homme un état vésical lié à l'artério-sclérose et absolument comparable à celui décrit chez l'homme sous le nom de prostatisme. Le fait n'a rien qui doive étonner, si l'on se rappelle cette vérité bien établie par M. Guyon que les accidents dits prostatiques ne dépendent en général pas de l'hypertrophie prostatique, mais d'un ensemble d'altérations portant sur tout l'arbre urinaire, et dépendant de l'artériosclérose.

Une observation à l'appui.

H. H.

Cystite et grossesse. (Pregnancy cystitis), par PARVIN. In *Medical Standard*, Chicago, mars 1890, t. VII, p. 66.

Femme de 18 ans, accouchée depuis 10 mois et qui a commencé à se plaindre de dysurie au troisième mois de sa grossesse : au moment de l'examen, les mictions sont très fréquentes, l'urine est alcaline et purulente. L'auteur fait remarquer que cette complication est relativement fréquente et l'attribue comme Monod, à une congestion des parois vésicales : il préconise les lavages vésicaux faits avec une solution légèrement acide.

P. NOGUÈS.

De l'exfoliation de la vessie chez la femme. (Exfoliation of the bladder in the female). HAULTAIN. *Edinb. med. J.*, juin 1890, p. 1122.

Une femme âgée de 26 ans, IVpare, entre à l'hôpital se plaignant de douleurs hypogastriques, et d'incontinence d'urine. A l'examen on constate : 1° une tumeur abdominale constituée par la vessie distendue ; 2° un utérus gravide, à 4 mois de grossesse, et incarcéré. Le cathétérisme donne issue à environ 3 litres de liquide brunâtre et fétide. On réduit ensuite l'utérus incarcéré, réduction qui réussit, mais qui est suivie d'avortement. Le traitement consiste en lavages antiseptiques de la vessie. La femme quitte l'hôpital 37 jours après son admission, n'éprouvant plus de douleurs, mais toujours sujette à de l'incontinence d'urine. Huit jours après elle y revient, parce qu'elle a ressenti de nouvelles douleurs. L'incontinence d'urine existe toujours, la rétention d'urine s'est reproduite ; de plus on constate à la vulve la présence d'une membrane épaisse qui se continue à travers l'urèthre. Le cathétérisme donne encore issue à près de 3 litres de liquide fétide ; après quoi, à l'aide de légères tractions, on extrait la membrane en question, que l'examen microscopique démontre être la paroi vésicale, expulsée dans toute son épaisseur, et sur laquelle adhère encore une portion du revêtement péritonéal. De nouveau, le traitement consiste en lavages antiseptiques. 18 mois après l'intervention la femme n'accusait plus que de l'incontinence d'urine.

A l'occasion de ce fait, l'auteur étudie la pathogénie de la nécrose et de l'exfoliation de la vessie. Pour lui, l'accident résulte de la compression des vaisseaux du col de la vessie. Dans le cas de rétention d'urine, c'est le poids de la colonne d'urine qui agit sur les veines du col, la circulation en retour est seule compromise ; quand la complication est associée au travail de l'accouchement,

elle est l'effet de la compression à la fois des artères et des veines. Dans le 1er cas, le processus est lent, dans le second rapide.

R. L.

De la participation de la vessie aux états inflammatoires et aux néoplasmes des organes génitaux féminins. (Ueber die Betheiligung der Harnblase an den entzundlichen Zuständen und Neubildungen der Weiblichen genitalorgane). G. LINDEMANN. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Hft 18, Bd II, p. 197.

Avant d'aborder les questions qui font l'objet principal de son travail, l'auteur étudie, très en détail, l'anatomie de la vessie, situation, vascularisation, innervation..., en mettant bien en évidence les connexions intimes, vasculaires et nerveuses, partant la solidarité physiologique et pathologique de la vessie et des organes voisins, également les formes diverses qu'elle affecte, et, à ce sujet, il rappelle cette notion intéressante introduite par Freund: *règle générale, l'arrêt de développement n'intéresse pas seulement un organe mais une série d'organes, parfois même tout l'organisme*. Ainsi, quand un sujet présente des signes extérieurs d'infantilisme, il est permis de conclure à de l'hypoplasie des organes internes. Une direction anormalement rectiligne de la colonne vertébrale, une inclinaison médiocre du bassin, le développement imparfait des organes génitaux, sont de nature à éveiller l'attention sur la possibilité d'anomalies de développement des organes génito-urinaires, par exemple. Et, de fait, on peut rencontrer chez de tels sujets, la clinique le démontre, des vessies ovalaires, cylindriques et terminées en pointe par en haut. L'auteur étudie aussi, très en détail, le tissu cellulaire pelvien, que, d'après Freund, il subdivise en deux portions : l'une, composée de tractus extrêmement durs, semblables à des fascias, et entourant étroitement la vessie, le vagin et le rectum ; l'autre, s'étendant à la périphérie de la première et constituée par du tissu cellulaire plus lâche, toutes les deux émanant de tissus similaires du voisinage.

En somme, chez une femme bien développée, la vessie, *vide*, affecte sur une coupe sagittale, médiane, la forme V ou Y si on la représente avec l'urèthre. Le paragraphe se termine par l'exposition de la technique en cours à la « *Frauenklinik* » de Strasbourg, pour l'exploration de la vessie.

« Indépendamment de l'examen bimanuel pratiqué sur la vessie dans laquelle on a injecté une quantité donnée de liquide, on utilise l'exploration avec le cathéter. Un peu d'habitude permet

de se faire, rapidement, une idée exacte de la forme de la vessie, et aussi, notion souvent de haute importance, de percevoir les rugosités sur sa surface interne et de se renseigner sur la contractilité de sa paroi.

Si l'on introduit un cathéter à grande courbure autour de la symphyse, à travers l'urèthre, dans la vessie, et qu'on évacue l'urine, la main placée sur la paroi abdominale, sent le bord du cathéter, sur une largeur de 1-2 cent. au-dessus de la symphyse, quand on pousse l'instrument en haut tout en abaissant le mancha en bas. Mais dès qu'on abandonne celui-ci, il se relève, la paroi vésicale supérieure repoussant en bas, en se contractant, le bec du cathéter. Si l'on suit, sur la ligne médiane, la paroi supérieure, on arrive bientôt au point où la paroi supérieure s'infléchit à angle aigu vers la paroi inférieure. Simultanément, on éprouve en arrière une résistance très nette ; c'est le col de l'utérus auquel la vessie est fixée. Cette portion de la vessie jouant un rôle important dans les changements de forme, mérite un nom spécial, *saillie cervicale* (Cervixzipfel).

De chaque côté du col, le cathéter tombe dans une dépression dirigée en arrière, qui s'enfonce dans le paramétrium. Ces deux *saillies latérales* (Seitenzipfel) de la vessie sont caractéristiques et particulièrement dessinées chez les femmes bien développées. Elles se laissent, à l'état normal, repousser davantage en arrière, mais pour reprendre leur place, en vertu de l'élasticité de leur paroi, dès qu'on cesse la pression. Si, de ces points, on fait courir le cathéter sur les côtés de la vessie, le long de la paroi pelvienne osseuse, il est possible d'apprécier l'étendue de la vessie en largeur ; ce que l'auteur appelle l'*espace latéral* (Seitenraum). La paroi antérieure et inférieure est à la vérité difficile, sinon impossible à explorer, mais, heureusement, cela importe peu.

Or, s'il est possible de se rendre compte, par ce procédé, de la configuration de la vessie normale, il ne doit pas être difficile de reconnaître, encore grâce à lui, les anomalies de forme que cet organe peut présenter. »

II

Influence des processus inflammatoires des organes voisins sur la vessie. — Les états inflammatoires des organes génitaux se traduisent souvent par une irritabilité exagérée de la vessie. Et, sans qu'il soit possible de constater une affection nette de cet

organe, on observe néanmoins des envies fréquentes d'uriner, de la strangurie, de l'ischurie. Ces troubles fonctionnels, conformément à l'opinion de Bandl, ont vraisemblablement leur point de départ, « *dans l'irritation ou les tiraillements des nerfs vésicaux ou dans les restes d'un état inflammatoire, ou dans un processus phlegmasique actuel évoluant entre l'utérus et la vessie* ». Il faut, d'une part, faire intervenir les phénomènes de congestion collatérale, et, d'autre part, les altérations de forme produites par les tumeurs inflammatoires.

Les connexions vasculaires entre la vessie et l'utérus expliquent très simplement, la solidarité pathologique de ces deux organes. Scanzoni déclare que les infarctus chroniques de l'utérus s'accompagnent de dilatations variqueuses des vaisseaux veineux des organes voisins, en particulier de la vessie. En général, on observe comme complication de la *métrite chronique*, une irritabilité de la vessie, d'ailleurs légère. Car ce n'est souvent que par un interrogatoire minutieux qu'on apprend des malades qu'ils ont des envies fréquentes d'uriner, qu'ils sont obligés de se lever plusieurs fois la nuit. Lorsqu'il existe en même temps que la métrite, de la rétroversion de l'utérus, ce n'est point le déplacement de la matrice qui produit les troubles urinaires, mais bien la congestion existante. Si, en effet, l'on fait prendre aux malades, un quart d'heure à demi-heure environ avant les mictions, la position génu-pectorale, position qui favorise, comme on le sait, la décongestion des organes pelviens, ils déclarent qu'ils urinent beaucoup plus facilement et sans souffrir. La métrite, quand elle n'est pas compliquée de rétroversion, modifie très peu la forme de la vessie ; c'est à peine si le col épaissi accentue, à un léger degré, la saillie cervicale (cervixzipfel).

Les *processus inflammatoires du tissu pelvien*, les *exsudats collectés dans les culs-de-sac de Douglas* sont cause au contraire de déplacement, de tiraillement marqués. On peut dire que la fonction urinaire est d'autant plus troublée que le processus inflammatoire est plus rapproché de la vessie, et qu'il affecte une étendue plus grande du péritoine. *L'ischurie, quand elle n'a pas sa cause dans la vessie, a une valeur diagnostique aussi grande par rapport à l'irritation du péritoine pelvien, que les vomissements, qui manquent en certains cas, par rapport à la péritonite.* On observe pourtant des exsudats périmétriques, durs, développés peu à peu, silencieusement, qui ne donnent jamais

lieu à des rétentions complètes d'urine, bien que causant, de temps à autre, du ténesme vésical.

Modifications de forme produites par des exsudats développés dans le cul-de-sac de Douglas. Le changement morphologique consiste essentiellement en un aplatissement de la vessie. Le liquide collecté en arrière de l'utérus le repousse, lui et ses annexes, en avant. La vessie, aplatie du fait de cette pression, se déforme de telle façon qu'elle présente, au lieu d'une face supérieure et inférieure, une face antérieure et postérieure. Ce n'est pas tout, le liquide exsudé dans les culs-de-sac de Douglas, gagne les points les plus déclives, arrive en contact avec le vagin qu'il déplace en avant et *soulève*, ce canal étant fixé invariablement en bas et en avant. Puis, le niveau du liquide s'élevant, l'utérus, qui peut-être considéré comme la prolongation du vagin, se trouve lui-même soulevé, avant de subir la pression directe d'arrière en avant qui se produit un peu plus tard. Naturellement, la vessie suit ce mouvement d'ascension.

Ovaires atteints d'ovarite chronique et prolabés dans le cul-de-sac de Douglas. — Dans ces conditions, la vessie se trouve encore comprimée d'arrière en avant. Les saillies latérales (seitenzipfel) subissent une altération de forme en rapport avec la ou les tumeurs situées en arrière, il est même possible, assez souvent, avec le cathéter introduit dans la vessie, de reconnaître et de contourner les ovaires prolabés. Quand l'affection est unilatérale, l'utérus en général est refoulé du côté opposé, la saillie latérale (zeitenzipfel) qui correspond à l'ovaire malade est aplatie et étirée de sorte que la portion de la vessie correspondante, affecte une forme en entonnoir, à extrémité tournée vers la paroi pelvienne. Ces états se compliquent de troubles urinaires, habituellement passagers, et dont il est difficile de dire s'ils tiennent à une irritation du revêtement péritonéal qui de l'ovaire se prolonge sur la vessie, ou s'ils sont sous la dépendance des conditions spéciales incriminées dans les cas de métrite. Enfin, dans l'ovarite nettement chronique, il faut, dans l'étiologie des troubles urinaires, faire intervenir, pour une certaine part, les adhérences qui s'établissent entre l'ovaire et la paroi postérieure de la vessie.

Processus inflammatoires qui se développent dans le paramétrium. — Ces processus ont de la tendance à envahir le tissu paravésical; ils tiraillent la vessie. Aussi, *a priori*, on inclinerait à admettre qu'ils doivent troubler, sérieusement, les fonctions

urinaires. Il est loin d'en être ainsi. Il arrive, en effet, souvent, que des exsudats considérables, s'accompagnant durant des semaines de réaction fébrile et effaçant la moitié du réservoir urinaire, n'ont aucune action fâcheuse sur les mictions. Par contre, il est des phlegmasies chroniques, des processus atrophiques du tissu connectif qui rendent les mictions extrêmement douloureuses.

Quand un exsudat se fait dans le *tissu conjonctif lâche périphérique* du bassin, quand il survient un phlegmon pelvien, la vessie se trouve naturellement comprimée du côté malade, des deux quand l'affection est bilatérale. Les altérations de forme que subit la vessie, sont, évidemment, en rapport avec l'étendue et la topographie de l'affection, et il est possible de s'en faire une idée exacte par l'exploration avec le cathéter. Des processus qui se développent dans le *tissu conjontif, résistant*, c'est la *paramétrite chronique, atrophique*, qui altère le plus la forme de la vessie. Il y a, habituellement, dislocation de l'utérus déplacement latéral de cet organe, et déformation consécutive de la vessie. Si l'on explore celle-ci avec le cathéter en prenant comme point d'orientation la saillie cervicale (Cervixzipfel), on reconnaît qu'une des portions latérales de l'organe est plus petite que l'autre. Les deux saillies latérales (Seitenzipfel) sont en général effacées, parce qu'en arrière de l'une d'elles, il y a un tissu induré, et que le paramétrium de l'autre côté est étiré, tendu par l'utérus, de sorte que l'organe creux situé en avant ne peut pas pousser de prolongement en arrière. Quand l'utérus lui-même s'atrophie, la saillie cervicale, l'*impressio uterina* s'efface aussi. Enfin, si le tissu conjonctif paravésical s'atrophie, se rétracte, le côté correspondant de la paroi vésicale se trouve tiraillé, et cette portion de la vessie se déforme en entonnoir. De plus, l'exploration avec le cathéter démontre qu'elle a, à ce niveau, perdu son élasticité.

III

Dans un dernier et très intéressant paragraphe, l'auteur passe en revue les effets des tumeurs ayant leur point de départ dans les organes génitaux, sur la vessie. En général, ils se traduisent par des altérations de forme, et il est rare que la fonction urinaire soit troublée. Suivant la juste remarque de Martin, « en ces conditions, la flexibilité, la souplesse spéciale de la vessie entre en jeu : quand il y a de grosses tumeurs, elle se développe d'un côté ou de l'autre, et la fonction urinaire s'accomplit régulièrement ». Il est

bien évident, toutefois, que si la tumeur dévie ou comprime l'urèthre, il en résultera du ténesme ou de l'ischurie. Ces cas sont caractérisés par le fait qu'il est toujours difficile de conduire le cathéter dans la vessie : l'utérus gravide en rétroversion est un exemple de ces tumeurs.

Les altérations de forme de la vessie, associées à des néoplasmes en voie d'accroissement, offrent un grand intérêt pour le chirurgien. Tout opérateur, en effet, sait combien fréquemment, dans une laparotomie, on court le risque de déchirer ou d'inciser la vessie.

D'après Olshausen, ce risque existe surtout quand la vessie est refoulée haut, en avant de la tumeur. Hofmeier écrit que « lorsqu'il s'agit de tumeurs parties de la face antérieure de l'utérus, il faut soigneusement veiller, en incisant la paroi abdominale, à ne pas léser la vessie, parce qu'elle peut être, avec le revêtement péritonéal, attirée fortement en haut ». Les remarques précédentes témoignent suffisamment de l'importance pratique qu'il y a à bien connaître les multiples altérations de forme de la vessie, que l'auteur, d'ailleurs, passe très minutieusement en revue.

R. L.

Un cas de fistule urétéro-vaginale. (Ein Fall von Ureter-Scheidenfistel). GUSSEROW. *Charité Annalen*, XV. Jahrg.

La fistule urétéro-vaginale était jadis une affection des plus rares. Aujourd'hui, elle est beaucoup plus fréquente parce qu'elle compte parmi les complications possibles, de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, opération devenue si commune. L'uretère est pris, par exemple, dans une ligature qui amène sa section, ou bien l'abouchement de l'uretère dans le vagin ne se produit qu'au moment où l'on enlève les ligatures. Sur un total de 54 hystérectomies (49 par le vagin, 5 par la méthode combinée, laparotomie, ouverture des culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur), Gusserow a observé un cas de ce genre, à la suite de l'extirpation de la matrice, pour un cancer du corps, chez une femme de 53 ans. Le lendemain même de l'opération, l'opérée accusa de la douleur dans la région hypogastrique gauche. Le 3e jour, l'urine était sanguinolente, et dans la soirée, il y eut des douleurs violentes, semblables à des coliques. L'urine, après filtration, contenait une petite proportion d'albumine. A partir du 5e jour, malgré des mictions spontanées, la malade se trouvait constamment mouillée, et le 21e jour, on constata formellement, qu'il s'écoulait de l'urine au niveau de la plaie vaginale, parfaitement cicatrisée du reste.

D'autre part, des injections poussées dans la vessie, établirent l'intégrité absolue de ce dernier organe.

3 mois environ après l'hystérectomie, première tentative pour parer aux conséquences de la fistule urétéro-vaginale. Dans ce but, création au niveau du cul-de-sac supérieur d'une fistule vésico-vaginale, et, après cicatrisation des bords de la fistule, kolpokleisis. 7 jours après, se faisait subitement par le vagin une grande débâcle d'urine, et l'on reconnut qu'il s'était produit au niveau du cloisonnement artificiel une solution de continuité. Détail à noter, malgré l'écoulement continu d'urine par le vagin, la femme émettait régulièrement de l'urine par l'urèthre. D'autre part, après avoir dilaté la solution de continuité, on constata que la fistule vésico-vaginale, chirurgicalement établie, avait guéri spontanément. Dans une deuxième tentative opératoire, on ne se contenta pas d'inciser la vessie mais on enleva un fragment de la paroi vésicale, et l'on sutura les bords de la perte de substance. Les sutures furent enlevées 8 jours après, et l'on mit en place un drain volumineux, traversant la fistule et destiné à assurer le complet écoulement de l'urine. La femme quitta l'hôpital se croyant complètement guérie; elle ne perdait pas une goutte d'urine, et les mictions étaient spontanées et indolores. Un an après, elle y retournait, et l'on reconnut la présence dans le réservoir urinaire, vaginal, de nombreux calculs dont l'extraction, pratiquée en partie par la vessie et en partie par le vagin, grâce à l'incision de la cloison artificielle, fut particulièrement laborieuse. Les bords de l'incision vaginale ayant été suturés, on plaça un drain qui de l'urèthre, et à travers la fistule vésico-vaginale, aboutissait à cette incision.

R. L.

Contribution à l'étude du traitement de la cystocèle vaginale, par Vaton. *Gaz. hebd. des sc. méd.* Bordeaux, janvier 1891, p. 7.

Dans les cystocèles simples Vaton conseille soit l'opération de Stolz soit la cystopexie extra-péritonéale. Pour la cystocèle compliquée : *a*) d'uréthrocèle : opération d'Emmet mais avec avivement du lambeau central ; *b*) de prolapsus utérin : colporyntomie jointe à l'Alexander avec ou sans trachélorraphie ; *c*) de rectocèle : opération de Stolz puis colporrhaphie postérieure ; *d*) de rectocèle et de prolapsus utérin : opération de Stolz et avivement de Hegar (si le prolapsus utérin est trop considérable, opération d'Alexander).

P. Mauclaire.

Destruction totale de l'urèthre chez la femme, causes et traitement, par FRŒLICH. Th. de Nancy, 1891.

Du traitement de la destruction de l'urèthre chez la femme, par HEYDENREICH. *Semaine médicale,* 11 mars, 1891, p. 85.

Frœlich, à propos d'une femme traitée dans le service de M. Heydenreich pour une rupture complète de l'urèthre consécutive à l'extraction par le canal d'un calcul vésical, a réuni les observations éparses de destuction de l'urèthre. Pour remédier à celle-ci on a eu recours à des interventions variées qu'on peut classer en six groupes :

1° Restaurer la paroi de l'urèthre avec ses débris, soit par avivement et suture des bords de la déchirure, soit par remise en place du septum uréthro-vaginal détaché par le traumatisme.

2° Restauration avec des lambeaux pris sur le vagin des deux côtés du canal uréthral.

3° Lambeau taillé dans la cloison vésico-vaginale.

4° Lambeau pris sur les petites lèvres.

5° Fermer toute communication entre la vessie et le vagin, donner issue à l'urine par une voie artificielle, une fistule sous ou sus-pubienne qu'on maintiendra fermée à l'aide d'un compresseur spécial.

6° Occlusion du vagin après création d'une fistule recto-vaginale. Suture et oblitération presque totale du vagin ne laissant subsister qu'un canal étroit destiné à remplacer l'urèthre.

On devra évidemment toujours commencer par tenter la restauration du canal, recourant aux procédés les plus simples d'abord, combinant même au besoin les diverses méthodes. Chez sa malade, Heydenreich a reconstitué la partie inférieure de l'urèthre par la suture simple ; le reste de la déchirure à l'aide d'un lambeau taillé dans la cloison vésico-vaginale, enfin il a allongé l'urèthre en avant aux dépens des petites lèvres. Il est utile dans des cas pareils, en face de désordres considérables de faire des opérations complexes et de procéder par temps successifs.

Alors même qu'on a réussi à reconstituer un canal, il persiste quelquefois de l'incontinence que l'on peut traiter soit par l'opération spéciale que préconise Pawlik (1), soit par le port du com-

(1) Pawlik excise en forme de fer a cheval, les tissus voisins de l'urèthre ; le méat est situé dans la concavité du fer à cheval ; la branche transversale du fer à cheval se trouve entre le clitoris et le méat, cette excision terminée Pawlik en suture les bords. Les sutures placées sur les branches latérales du

presseur Trélat, qui ferme l'urèthre par une petite pelote d'ivoire portée au bout d'un ressort. H. H.

Des opérations des fistules vésico-vaginales, etc. (Uber Blasenscheidenfisteloperationen, etc.) TRENDELENBURG. *Samml. klinisch. Vorträge*, n° 355.

Pour les fistules inopérables par le vagin, l'auteur a suivi la voie vésicale, en utilisant les avantages que crée, pour ces sortes d'opérations, la position élevée du siège. Dans les 2 premiers cas, il a échoué, mais, dans le troisième, il a obtenu une guérison complète.

OPÉRATION : Au niveau du bord supérieur de la symphyse, incision transversale d'environ 10 cent ; désinsertions des muscles droits de la symphyse et ouverture de l'espace prévésical. Introduction d'un cathéter dans la vessie. Incision transversale de 5-6 cent. de la paroi antérieure de la vessie au-dessous du repli péritonéal. Suture du bord supérieur de la plaie vésicale par quelques points de suture provisoires à la lèvre correspondante de l'incision abdominale ; quant au bord inférieur de la plaie vésicale il est traversé par quelques fils dont les extrémités armées d'objets pesants l'attirent en bas et latéralement, ce qui permet d'inspecter facilement l'intérieur de la vessie. Avivement infundibuliforme de la fistule, et application de 6 points de suture de crin de Florence, pour éviter de léser ou d'intéresser l'uretère au cours de l'opération on avait eu soin d'introduire dans ce canal une fine sonde destinée à servir de point de repère. Les fils furent noués du côté vésical. On procéda alors à l'enlèvement des ligatures provisoires jetées sur la lèvre supérieure de la plaie vésicale, puis on sutura les 2 lèvres de cette plaie à l'aide de 2 séries de sutures à points séparés, la dernière suivant la méthode de Lembert. Un orifice destiné à liver passage à un drain vésical en forme de T, fut ménagé sur la ligne médiane. Lavage de la vessie avec une solution de sublimé à 1 p. 5000 ; la femme étant dans le décubitus abdominal. Occlusion de la plaie abdominale, à l'exception d'un orifice médian pour le passage du drain, et de 2 orifices latéraux qui servirent à drainer l'espace prévésical au moyen de lanières de gaze iodoformée.

---

fer à cheval tendent transversalement le canal, tandis que les fils appliqués sur la branche transversale tirent le canal en haut et l'allongent. Les parois de l'urèthre se trouvent dès lors étroitement appliquées l'une contre l'autre et cette tension s'oppose à l'écoulement de l'urine.

L'opérée fut placée ensuite dans le décubitus latéral. Suites opératoires presque sans phénomènes réactionnels : Temp. *maxima* le 4e jour, 38°,4. Urines peu modifiées, lavages ; à l'intérieur, de l'acide camphorique. Enlèvement du drain vésical le 16e jour. A partir du 21e jour, plus d'écoulement d'urine par la plaie de l'abdomen. L'urine peut-être retenue pendant 1/2 heure ; 4 semaines après l'opération, l'urine est retenue pendant 1 heure ; 7 semaines après l'opération, elle peut être retenue de 2 à 3 heures.

Plus tard, après sa sortie de l'hôpital, la femme fut sujette à des douleurs et à du ténesme vésicals, phénomènes qui étaient liés à la formation de calculs qui avaient eu pour point de départ, les nœuds des fils appliqués sur la fistule, nœuds qui étaient dans l'intérieur de la vessie. Ces accidents cessèrent après l'extraction des calculs, pratiquée à travers l'urèthre dilaté. *Guérison complète.*

L'auteur insiste sur 2 points importants : Nouer les fils du côté du vagin, pour éviter la formation des calculs ; s'efforcer de maintenir les urines acides, et à cet effet, administrer à l'intérieur de l'acide camphorique. R. L.

De l'opération des fistules cervico-vésicales par la voie vésicale. (Zur Operation der Blasen-Cervixfisteln von der Blase aus). P. BAUM. *Arch. f. Gyn.*, 1891. Bd XXXIX, Hft 3, p. 492.

Relation d'un cas de fistule cervico-vésicale. Après une première tentative, infructueuse, par le vagin, l'auteur suivit exactement la technique adoptée par Trendelenburg. Mais, s'il réussit à obtenir l'occlusion de cette fistule, il eut le désagrément d'en voir une se former, et persister malgré les tentatives opératoires, au niveau de la plaie abdominale.

R. L.

II. — TUMEURS DU TISSU CONJONCTIF DU BASSIN. — PERINÉOTOMIE.

Des kystes dermoïdes du tissu conjonctif du bassin, et du traitement des tumeurs pelviennes par la périnéotomie. (Ueber dermoidcysten des Beckenbindegewebes und operation von Beckengeschwülsten durch Perineotomie), par M. SAENGER. *Arch. f. Gynäk.* vol. XXXVII, fasc. 1, p. 100, 1890.

Saenger donne d'abord une observation qui concerne une femme de 42 ans. Il a pu réunir onze cas (en y comprenant le sien), de kystes dermoïdes de tissu cellulaire du bassin. Ils occupaient 3 fois le tissu cellulaire compris entre le rectum et le sacrum, 1 fois celui qui est situé entre le rectum et le coccyx, 3 fois l'espace sous-péri-

tonéal gauche, 2 fois cet espace et le tissu cellulaire rétro-rectal, 1 fois l'espace sous-péritonéal droit, 1 fois la partie supérieure du septum recto-vaginal. Le caractère très particulier de ces kystes est qu'ils ne pénètrent jamais dans le ligament large. Lorsqu'ils le soulèvent, c'est en masse, sans le dédoubler. Et d'ordinaire ils ont plus de tendance à évoluer par en bas. Ils sont irrégulièrement arrondis avec des saillies et des dépressions, habituellement uniques et à parois minces. Leur structure est très simple, surtout en comparaison de celle des kystes dermoïdes de l'ovaire. Leur marche est lente. Bien des abcès péri-rectaux ne sont peut-être que des kystes dermoïdes ouverts dans le rectum. En somme, ce qui caractérise ces kystes, c'est la minceur de leur paroi, la simplicité de leur structure, leur siège dans le tissu cellulaire, la manière dont ils se comportent vis-à-vis des ligaments larges, et ce fait qu'on a trouvé quelquefois à côté d'eux les ovaires absolument sains. Ils forment un groupe aussi nettement caractérisé que les kystes dermoïdes de l'occiput ou de l'orbite. Au point de vue obstétrical, ils sont intéressants, car ils mettent souvent obstacle à l'accouchement; au point de vue opératoire, ils doivent et peuvent être opérés par la voie extra-péritonéale sans ouverture de péritoine. Dans son cas personnel, Saenger a extirpé le kyste avec succès par la périnéotomie.

La périnéotomie de Saenger diffère de celle qu'a proposée Zuckerkandl. Au lieu d'inciser transversalement, il fait une incision longitudinale, à égale distance de l'ischion et de l'anus, qui commence au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre et se termine à deux centim. en arrière de l'anus. L'incision transversale bilatérale de O. Zuckerkandl a l'inconvénient de détruire complètement le releveur de l'anus, ce qui n'est pas sans danger pour la statique des organes pelviens. Saenger ne pense pas que la voie périnéale puisse remplacer la voie vaginale pour l'hystérectomie, mais elle devient la méthode de choix pour l'extirpation de certaines tumeurs (kystes, tumeurs, abcès ou hématomes du tissu conjonctif, myômes cervicaux, kystes ovariques ou paraovariques intraligamenteux, tumeurs consécutives à des malformations des organes génitaux, hæmatocolpos, hæmatometros unilatéraux, hématocèles rétro-utérines et abcès de pelvi-péritonite). Contrairement à ce qui a lieu chez l'homme, la vessie paraît être en dehors de la voie périnéale. Sænger pense pourtant qu'elle peut être atteinte par cette voie de même que la portion supravaginale des uretères. Ses recherches sur ce sujet ne sont pas encore terminées.

Dans un court appendice, Saenger propose de faire la résection du sacrum dans les cas où le diamètre antéro-postérieur du bassin est seul rétréci, lorsque la tête est trop engagée pour qu'on puisse faire l'opération césarienne.

PIERRE DELBET.

III. — OBSTÉTRIQUE. VARIA

Des causes et des conséquences de la rupture des membranes à des moments divers (1) (Ueber Ursachen und Folgen des Eihautrisses in verschiedenen Zeitpunkten), H. EISENHART. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXV, Hft 3, p. 386.

Ce travail est basé sur des faits observés à la clinique de Munich durant les années 1884, 1885, 1886. Il correspond à 2289 accouchements, dont 382 concernant des primipares, 1407 des multipares. En voici les conclusions :

1) Le plus souvent la poche des eaux se rompt chez les primi- et plurigestes durant la première période de l'accouchement, puis au cours de la 2e période, et ensuite à la fin de la 1re période l'orifice externe étant complètement dilaté.

2) Chez les pluripares les membranes se rompent d'autant plus facilement que le travail fait plus de progrès, tandis que chez les primipares, lorsqu'elles ne se rupturent pas prématurément, elles se conservent souvent intactes jusque dans la 2e période.

3) La rupture précoce des membranes est beaucoup plus fréquente chez les primipares que chez les *pluri-* et *multipares* (*Pluri- und multiparen*).

4) Chez les *pluri*pares (2-5 accouchements) l'écoulement des eaux se produit le plus souvent à une période assez avancée du travail (fin de la 1re période et au cours de la 2e période) ; chez les *multipares* (plus de 5 accouchements), il se fait souvent dans les premiers moments du travail (avant la dilatation complète de l'orifice).

5) Chez les primipares, l'âge exerce une influence nette sur le moment de la rupture. Elle a lieu d'autant plus hâtivement que la parturiente est plus âgée, d'autant plus tardivement, qu'elle est

(1) D'une manière générale, on accepte que la poche des eaux a pour mission d'effectuer la dilatation. Donc, la dilatation étant faite, la poche peut se rompre. C'est la rupture, *à temps* (a. *rechtzeitige*). Mais, elle peut se rompre avant, soit entre le début du travail et la dilatation complète (b. *frühzeitige*), soit avant le début du travail (c. *vorzeitige*) ; nous traduirons ces 3 dénominations de l'auteu allemand par les suivantes : a) *à temps ;* b) *précoce ;* c) *prématurée.*

plus jeune. Chez les pluripares, la rupture précoce est assez rare avant 30 ans, passé cet âge, elle devient plus fréquente.

6) La constitution générale des parturientes est sans influence sur le moment de la rupture des membranes.

7) Quand il y a sténose pelvienne, les eaux, dans la plupart des cas, s'écoulent prématurément ou précocement.

8) Les écoulements purulents des organes génitaux favorisent, d'une manière générale, la rupture précoce de la poche des eaux, principalement chez les pluripares.

9) Les maladies aiguës intercurrentes paraissent n'influer aucunement sur le moment de la rupture de la poche des eaux ; parmi les maladies chroniques, la chlorose, la tuberculose et l'anémie semblent au contraire la précipiter. La syphilis n'aurait aucune influence.

10) L'éclampsie détermine, la plupart du temps, l'écoulement précoce des eaux.

11) L'écoulement précoce des eaux chez les femmes avec présentations vicieuses de l'enfant est d'un tiers plus fréquent que dans les présentations du sommet, et l'écoulement prématuré est deux fois plus commun.

12) Le sexe de l'enfant n'a aucune influence.

13) A mesure que le poids de l'enfant augmente, la fréquence de la rupture prématurée des membranes décroît constamment chez les primi- et les pluripares. Conformément à cette observation, quand les enfants sont volumineux, la poche se rompt à temps ou même tardivement.

14) La longueur de l'enfant paraît n'avoir qu'une importance très secondaire.

15) Dans les cas de grossesse gémellaire et d'hydramnios la rupture prématurée paraît être deux fois plus fréquente que la rupture à temps.

16) La durée de l'accouchement chez les primipares est d'autant plus longue que la poche des eaux se rompt plus tardivement ; de même chez les multipares, les accouchements les plus rapides sont, en moyenne, ceux où les eaux se sont écoulées avant le début des douleurs. Mais quand l'écoulement des eaux n'a pas lieu à ce moment, les choses se passent à l'inverse de ce qui a lieu chez les primipares, l'accouchement est d'autant plus court que la rupture de la poche des eaux est plus tardive.

17) L'apparition de contractions utérines faibles est surtout rare dans les cas de rupture prématurée des membranes et cela est bien

en rapport avec la rapidité de l'accouchement; au contraire, on l'observe le plus souvent quand la rupture est tardive. Par contre, c'est la première éventualité qui s'accompagne le plus souvent de contractions très douloureuses tandis qu'elles sont le moins communes quand la rupture des membranes se fait *à temps*.

18) Les hémorrhagies de la délivrance sont chez les primipares d'autant plus rares que la rupture de la poche est plus tardive; chez les multipares elles sont en général moins fréquentes dans les accouchements où la rupture est précoce que dans ceux où elle est tardive.

19) Les lésions importantes des parties molles sont rares dans les accouchements où la poche des eaux se rupture avant le début des contractions ou durant la seconde période; elles sont au contraire le plus fréquentes lorsque cette rupture se produit après le début du travail, mais avant que la dilatation ait les dimensions d'une pièce de trois marks, ainsi quand elle est précoce.

20) C'est surtout dans les accouchements, où il y a écoulement prématuré des eaux, que des opérations obstétricales deviennent nécessaires; cette nécessité s'impose le moins souvent quand la rupture des membranes a lieu à temps.

21) Les phénomènes d'hyperthermie durant les suites de couches se rencontrent surtout lorsque la rupture des membranes a été prématurée; ils sont d'autant plus rares que la rupture a été plus tardive.

22) La rupture précoce ou prématurée coïncide rarement avec des fœtus macérés, mais, on observe avec elle un plus grand nombre d'enfants nés en état d'asphyxie ou de mort réelle que lorsque la rupture a lieu à temps ou tardivement. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat. Service de chirurgie de M. F. Terrier, par M. Baudouin, Paris, Lecrosnier, 1891.

Dans ce travail des plus intéressants, M. M. Baudouin nous montre comment, par des améliorations, successives, M. Terrier est arrivé de 1883 à 1889, à créer à l'hôpital Bichat sinon un service modèle du moins un service dont les résultats ne le cèdent en rien à ceux des meilleurs hôpitaux étrangers.

L'installation des salles, les substances employées pour les pansements, les étuves à stérilisation, etc., se trouvent très complètement décrites dans la première partie de l'ouvrage qui constitue, en

quelque sorte, un traité de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie.

Dans une deuxième partie, utile à consulter pour tous les praticiens, M. Baudouin passe en revue la manière de rendre aseptiques les diverses régions sur lesquelles on peut avoir à opérer. L'antisepsie de la peau, celle du nez, de l'œil, de l'oreille, de la bouche, de l'intestin, du rectum, du vagin et de l'utérus, des voies urinaires, forment autant de chapitres des plus importants.

L'ouvrage se termine par la statistique intégrale de toutes les opérations faites à l'hôpital Bichat depuis sa fondation, seul moyen de prouver, par les chiffres, la valeur incontestable de la pratique suivie. Une liste, malheureusement très incomplète, des travaux publiés par l'école de Bichat termine le livre de M. Baudouin, qui, nous l'espérons, montrera aux étrangers qu'il y a en France, quoi qu'on en ait dit, des chirurgiens marchant de l'avant.

Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes, par A. JENTZER et M. BOURCART. Genève, H. Georg et Paris Carré, 1891.

Cet ouvrage est, au dire des auteurs, le seul travail français exposant complètement et exactement la pratique du célèbre masseur suédois Thure Brandt. Il traite de la gymnastique gynécologique et comprend à la fois l'étude du massage ou des mouvements passifs et celle de la gymnastique ou des mouvements actifs ; la réunion de ces deux variétés de mouvements étant nécessaire si l'on veut modifier avantageusement l'état général en même temps que l'état local des malheureuses affligées d'une affection génitale. Aussi cet ouvrage comprend-il deux parties. La gymnastique et le massage. De nombreuses figures montrent d'une manière claire les attitudes et les mouvements, que doivent connaître, ceux qui pourraient désirer recourir à cette méthode de traitement.

Transactions of the american gynecological Society, vol. XV, 1890. Philadelphie.

Le volume qui contient le compte rendu des communications faites au congrès annuel de l'Association gynécologique américaine en 1890, vient de paraître. Il ne le cède en rien à ses devanciers. Dans notre prochain numéro nous donnerons l'analyse des divers travaux qui s'y trouvent contenus.

Le gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'ABLATION DES ANNEXES UTÉRINES (1)

Par le Dr **Lawson Tait** (de Birmingham).

Il est admis aujourd'hui, dans tous les pays où l'on fait de la chirurgie scientifique, que certaines maladies des annexes utérines ne cèdent qu'à l'ablation. Si l'on veut sauver la vie des malades, soulager leurs souffrances intolérables et rebelles à tout autre traitement, ou simplement atténuer les symptômes qui enlèvent à l'existence toute apparence de santé et de bien-être, c'est à cette opération qu'il faut avoir recours. Nous avons à considérer ici jusqu'à quel point on peut justifier cette intervention : 1° par la réduction qu'elle réalise sur la mortalité, et 2° par ses effets éloignés.

Je crois avoir répondu d'une façon péremptoire à la première question par la publication de statistiques, dûment contrôlées, qui ont démontré que la mortalité immédiate peut être réduite à moins de 3 pour 100. Je pense donc qu'aucune objection sérieuse ne saurait être soulevée de ce chef.

Il est moins facile de répondre à la seconde question, c'est probablement pour cela qu'il se produit de temps à autre des protestations énergiques, mais, selon moi, hors de propos, contre l'opération en elle-même. Il me semble, en effet, que

(1) Communication faite au *Congrès français de chirurgie*.

ces protestations auraient plus de portée pratique, si elles visaient à limiter les indications de cette opération au lieu d'attaquer l'opération en elle-même.

Lorsque, pour la première fois, la Faculté s'est sérieusement préoccupée de cette opération, et lorsque j'ai donné, en détail, les indications qui me paraissaient en autoriser l'emploi, mes confrères se sont partagés en deux camps, avec deux opinions bien tranchées, toutes deux erronées selon moi.

Une opinion nettement hostile à mes propositions s'est produite d'abord; et ceux qui la soutenaient, affectaient, tout simplement, de fermer les yeux sur tout ce qu'on avait démontré sur les maladies des annexes utérines, ainsi que sur les effets de l'ablation de ces organes dans certaines maladies de la matrice. Le nombre de ces opposants systématiques a diminué avec le temps et il ne compte plus aujourd'hui, en Angleterre, que quelques accoucheurs, mécontents de leur sort et qui, ne sachant opérer, ne voudraient pas voir leur cabinet de consultation perdre un certain nombre de clientes riches, atteintes de maladies chroniques que le chirurgien parviendrait à guérir promptement et relativement à peu de frais. Le dernier cri de ce genre a été poussé par les deux accoucheurs de Saint Bartholomews'Hospital et de University College sous la forme d'une sorte de lettre encyclique qui, par son assurance insolente, ne le cède en rien à l'édit le plus dogmatique du Grand-Inquisiteur du Saint-Office.

D'autres de mes confrères envisageaient l'ablation des annexes utérines comme une opération à faire. Leurs arguments étaient moins embarrassants mais plus dangereux. Ils ont la manie des opérations, sans avoir jamais pu saisir les grands principes de la chirurgie. Ils se sont contentés de formuler comme règle générale que la seule chose à faire, chaque fois qu'on se trouvait en présence d'une femme atteinte de maladie pelvienne, c'était de lui enlever les annexes utérines. Il en est résulté nombre d'opérations superflues, résultat qui paraît inévitable au début de tout procédé nouveau en chirurgie.

Malheureusement, on compliqua encore davantage cette question de l'ablation des annexes utérines par l'application à la femme de certaines données physiologiques tirées d'observations faites chez les animaux, sans avoir pris la peine de chercher préalablement les rapports qui peuvent exister entre la physiologie de la femme et celle des animaux. Cela a eu pour effet de conduire à des conclusions d'un côté tout à fait ridicules et contraires aux faits bien établis, en ce qui concerne les animaux, et d'un autre côté reconnues justes, dans de certaines limites, par rapport à la femme. Ainsi, il est parfaitement admis pour les animaux, comme pour les êtres humains, que l'ablation des annexes de l'utérus et des organes correspondants chez le mâle avant la puberté, coupe court à l'évolution de l'individualité sexuelle. Un résultat, entre autres, de ce fait indéniable c'est que dans ce cas les attributs de l'état impubère persistent chez la jeune fille et ne sont jamais entièrement remplacés par ceux de la femme nubile. On s'est empressé de conclure à tort de ce fait que les femmes qui ont subi cette opération comme nécessité chirurgicale présentaient comme effets éloignés de l'ablation des annexes les apparences d'une vieillesse précoce et prenaient certains traits masculins. Je m'empresse d'affirmer que, d'après mon expérience, qui comprend plusieurs centaines de cas, et qui date de près de vingt ans, rien n'est venu appuyer d'aussi ridicules assertions. Il est avéré que les résultats éloignés de l'ablation des annexes avant la puberté diffèrent essentiellement de ceux qui suivent cette opération lorsqu'elle est faite après ce grand changement physiologique.

On a encore affirmé que les passions sexuelles ne sauraient survivre à cette opération, mais on n'a pu arriver à cette conclusion qu'en faisant fi, de parti pris, des différences qui existent sous ce rapport entre les animaux et l'homme. Chez les premiers, du moins chez ceux qui n'ont pas subi l'influence démoralisatrice de la domestication, les appétits sexuels sont exclusivement régis par le rut, et la femelle ne

souffre jamais l'approche du mâle qu'à cette période, qui peut d'ailleurs être annuelle ou non et influencée par le climat. Or, la femme n'a pas d'*oestrus vénérien*, et souffre l'approche du mâle à n'importe quel moment, sauf peut-être au moment des règles. Il n'existe donc pas pour elle de période de rut.

La destruction des glandes qui amènent l'*oestrus* laisserait évidemment la femelle dans une hostilité constante envers le mâle. Lorsque cette disposition des fonctions n'existe pas, et à plus forte raison lorque c'est le contraire qui a lieu, la destruction des ovaires, mettant fin à l'ovulation, vraie période de rut chez les animaux, ne saurait avoir le même effet, ou du moins elle ne l'entraîne pas nécessairement.

Chez la femme, le début de la puberté correspond généralement à la menstruation régulière, et cette dernière fonction, on le sait, dépend entièrement de particularités de l'endométrium résultant de la position droite du corps humain. L'endométrium reprend son état primitif vers l'âge de de 48 ans, et l'on constate alors, chez la femme, ce que nous appelons la ménopause.

Mais chez les animaux il n'y a pas de période analogue et en pratique l'âge semble ne déterminer aucunement chez eux les limites de la reproduction. Les juments, longtemps après être devenues impropres au travail, servent à la reproduction de l'espèce, et j'en sais une qui eut un poulain à l'âge d'au moins 40 ans. Les chattes sont généralement édentées et d'apparence fort vieille à 12 où 14 ans, mais elles conservent cependant leurs oestrus et leur faculté reproductrice jusqu'à 16 où 17 ans, âge, qui, chez la femme, correspondrait, si je ne me trompe, à 80 ou 90 ans. Chez la femme, l'ovulation dure comme l'ont prouvé de Sinety, Malassez, et bien d'autres observateurs, jusqu'à la mort, tout comme chez les juments, les chattes et les chiennes; et n'étaient les changements qui s'opèrent dans l'endométrium de la femme, la période de la reproduction ne serait pas plus restreinte que chez ces animaux.

Il n'est donc pas surprenant que de fausses conclusions aient été émises concernant les effets de l'ablation des annexes utérines de la femme.

Tous les traités de physiologie se copient les uns les autres et reproduisent les mêmes erreurs, sans qu'il soit jamais venu à l'idée d'un de leurs auteurs de vérifier les faits. Lorsqu'on examine cette question avec soin et sans préjugé aucun, on arrive à cette conclusion : que les appétits sexuels sont bien moins développés chez la femme que chez l'homme ; fait qui s'explique par la lutte pour la vie, à savoir, que des deux le mâle a toujours été l'individu agresseur et entreprenant. Lorsque la femme arrive au terme de la période de reproduction, elle perd aussi une partie de ses appétits sexuels. Dans quelques cas même il arrive que l'appétit disparaît complètement, mais dans un aussi grand nombre de cas il augmente jusqu'à prendre même parfois des proportions singulières. Mais chez la plupart des femmes, l'appétit sexuel diminue et peut même disparaître à l'époque des troubles de la ménopause, pour revenir ensuite à sa condition première, lorsque le changement est accompli.

Chacun sait que, durant cette période, les femmes souffrent de différents troubles du système nerveux. Le symptôme le plus constant, et en même temps le plus caractéristique, c'est la différence subite de température que semblent éprouver ces malades. Le sang leur monte subitement à la tête et se retire de même.

Les modifications dans le caractère sont quelque fois remarquables et, dans certains cas, approchent même de la folie, état qui est souvent marqué par un éloignement et un profond dégoût pour le mari. Dans ces cas approchant de la folie, lorsqu'ils sont très prononcés, j'ai toujours remarqué qu'il y avait aussi perte complète de l'appétit sexuel, et qu'il s'ensuivait une antipathie pour les relations conjugales. Généralement, mais pas toujours, cet état de choses n'est que transitoire et dure de six mois à trois ans. Une fois la ménopause passée, la malade revient ordinairement à l'état

normal, mais dans quelques cas cependant l'état morbide reste permanent.

Si ces faits n'avaient pas été sciemment méconnus, ou si ceux qui critiquent cette opération n'en avaient pas témoigné une ignorance regrettable, on aurait eu moins d'inepties à entendre ou à lire à ce sujet. Ces résultats immédiats et éloignés de l'opération doivent nécessairement plus ou moins ressembler à ceux qui suivent la ménopause normale. Cela aurait dû être reconnu parce que c'est une conclusion qui semble s'imposer *a priori*, et dont les observations cliniques ont démontré l'exactitude.

Voici donc deux faits bien établis dès le début ; d'abord, que la tendance constatée de l'ablation des annexes utérines est de maintenir et non de détruire les caractères physiques de la jeunesse, et, sous tous les autres rapports, d'être l'équivalent de la ménopause normale. Mais il est toujours dangereux d'appliquer aux syndromes morbides les faits de physiologie normale, surtout lorsqu'ils sont le résultat d'expériences sur les animaux. Je désire donc soumettre au Congrès les conclusions générales, basées sur une expérience exceptionnelle comprenant uniquement des cas où l'opération a été faite pour cause de maladie.

Pour mieux me faire comprendre, je divise mes cas en *trois catégories différentes,* tout arbitraire que soit cette subdivision ; car il est impossible d'établir une distinction absolue. Mon intention est de les subdiviser comme il suit :

1° Les cas dans lesquels l'opération est faite soit à cause de maladie utérine, soit à cause des symptômes en résultant, tels que myôme, métrorrhagie, incoercible, ou dysménorrhée.

2° Les lésions résultant d'une maladie inflammatoire et localisée aux annexes utérines.

3° Les différents symptômes nerveux qui se rattachent à la menstruation et qui peuvent être guéris ou soulagés par l'arrêt des règles. Il y a des cas de chacune de ces catégo-

ries qui appartiennent plus ou moins aux deux autres; car, il n'est pas rare de rencontrer une personne souffrant d'un myôme et qui a aussi une inflammation chronique des annexes utérines, ainsi que des troubles nerveux très marqués. Une maladie inflammatoire chronique des annexes utérines produit souvent des troubles périodiques du système nerveux, approchant même de la folie.

Le résultat obtenu par mon traitement dans les cas appartenant à la première de ces catégories est succinctement décrit dans une brochure que j'ai publiée dernièrement et d'où je tire, pour les citer, les conclusions suivantes. Concernant l'ablation des annexes, dans 271 cas de myômes, avec mort immédiate dans six cas (soit 2,2 pour 100). Sur les 265 autres cas, il y en eut 8 sans résultat satisfaisant, c'est-à-dire que ces 8 malades eurent à subir l'hystérectomie, les tumeurs continuant à augmenter de volume, ou bien moururent, la maladie poursuivant son cours, ou à la suite de symptômes attribuables à ce que la maladie avait revêtu une forme maligne. Cela laisse donc 257 cas dans lesquels il y a eu guérison complète, c'est-à-dire où les symptômes cessèrent complètement et où la tumeur a entièrement disparu ou bien, en tout cas, a cessé d'augmenter de volume et n'occasionne plus aucune anxiété, où le symptôme principal de la maladie, à savoir une menstruation excessive, a été complètement guérie, et cela d'une façon permanente. Par rapport à la disparition de la tumeur après l'ablation des annexes utérines et l'arrêt complet de la menstruation, il n'y a pas de doute que l'âge de la patiente n'ait une influence marquée sur la marche et sur le cours de la guérison.

Je ne puis préciser ce résultat d'une façon positive mais je crois que la proposition suivante est assez exacte : avant l'âge de quarante ans, 70 pour 100 des tumeurs disparaissent complètement, entre quarante et cinquante ans, elles ne disparaissent pas entièrement pour la plupart mais elles

diminuent cependant d'une manière sensible ; après quarante-cinq ans la diminution ne dépasse pas un sixième à un tiers de son volume. A cette dernière conclusion j'ai vu cependant des exceptions remarquables, entre autres une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte qui a disparu complètement après l'opération, et cela chez une femme âgée de quarante-neuf à cinquante ans.

L'âge de beaucoup des cas inscrits sur la liste prouvera clairement la fausseté de l'idée généralement admise à savoir que l'approche de l'âge ordinaire de la ménopause amène une guérison certaine dans les cas de myômes, car il y a jusqu'à neuf des malades qui avaient plus de cinquante ans lors de l'opération. Dans l'un des cas (n° 1276) la patiente a été prise d'une asthénie nerveuse complète, mais la tumeur, ainsi que les symptômes qui en résultaient, sont complètement guéris. Il se peut que son asthénie nerveuse soit un résultat de l'opération, mais je ne vois aucune raison qui puisse justifier cette conclusion. A une exception près, c'est le seul cas dans lequel des symptômes nerveux, tant soit peu marqués, aient suivi l'opération.

Au moment de la ménopause plusieurs de mes patientes ont été pendant un certain temps quelque peu étranges, c'est-à-dire qu'elles étaient excentriques, et d'humeur maussade ; mais rien de plus que ce qu'on rencontre assez souvent chez les femmes à cette époque de la vie. J'irai plus loin ; je dirai même que, parmi ces femmes, ces changements étaient moins marqués que si elles avaient passé par la ménopause normale.

Une question a été soulevée dernièrement par le Dr Thomas Keith concernant la fréquence de la folie après les opérations graves sur la matrice, et, particulièrement après l'hystérectomie ; il prétend que la folie se produit dans dix cas sur cent. C'est là ou bien une erreur de plume, ou bien un résultat exceptionnel, car un tel résultat n'a jamais été vérifié par aucun autre observateur. Mes hystérectomies sont autrement nombreuses que celles du Dr Keith, et je

n'ai jamais eu un seul cas de folie parmi toutes mes opérées. La folie peut suivre n'importe quelle opération chirurgicale, quelque ordinaire qu'elle soit, et on l'a même vue suivre l'administration d'un anesthésique sans opération aucune.

Dans la série des cas dont je parle actuellement, une seule patiente, autant que je sache, a dû être envoyée dans une maison de santé où elle est encore (n° 1453). En lisant son observation, il est indubitable que cette femme était folle avant l'opération, et le Dr Marriott Cooks, de Worcester, qui la soigne actuellement, ne voit aucune raison qui puisse faire attribuer sa folie à l'opération. Mais, même si cette cause pouvait être prouvée, cela n'empêche que dans trois cas de la liste que je ne puis autrement préciser pour un motif que l'on comprendra, une folie bien marquée a été complètement guérie, grâce au soulagement apporté aux souffrances dues à un myôme hémorrhagique. En dehors de ces trois cas de folie bien marquée qui ont été complètement guéris, et cela, autant que nous pouvons le constater, d'une façon permanente, il y a nombre de cas d'excentricité et d'humeur maussade qui étaient sûrement dues aux souffrances et qui ont été également guéris.

Il se peut que, dans l'avenir, lorsque ce genre d'observation méthodique, que j'ai le premier appliqué à cette opération particulière, sera suivi pour les autres cas, on obtienne un résultat meilleur dans un grand nombre d'opérations chirurgicales; mais jusqu'ici il serait bien difficile, selon moi, de citer une opération où l'on ait obtenu de meilleurs résultats que dans celle-ci. L'opération ne soulage pas seulement, elle guérit complètement et d'une manière permanente les souffrances dues à la maladie pour laquelle elle a été entreprise, et, à mon avis, elle devra figurer au nombre des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

En sus des symptômes et de l'état général produits par les myômes, il y a des cas où des hémorrhagies dues à des causes qui ne peuvent être déterminées et persistant malgré

toute médication intra-utérine et l'usage de la curette et du cautère, demandent en dernier ressort l'ablation des annexes utérines. Pour ce qui concerne leur histoire ultérieure aussi bien que la portée de l'opération, ces cas ne diffèrent en aucune façon de ceux de myômes, à en juger d'après le peu que j'en ai traités.

Les cas marqués de non-développement de la matrice, accompagnés de trompes et d'ovaires normaux, demandent quelquefois l'ablation des annexes afin de remédier aux souffrances intolérables, produites par les efforts inutiles de la matrice pour remplir ses fonctions périodiques. Ces cas ne présentent non plus aucun trait spécial dans leur marche et dans leurs résultats ultérieurs.

Pour ce qui est de la seconde catégorie, celle des cas d'ablation des annexes utérines pour les accidents dus à une maladie chronique inflammatoire, je ne puis me montrer aussi affirmatif que dans les cas de myômes, et cela, simplement parce que je n'ai pu jusqu'ici suivre un nombre suffisant de ces cas, dresser un tableau des changements consécutifs, et les analyser comme je l'ai fait pour les myômes. Un tel travail présente bien des difficultés et demande beaucoup de temps. J'espère cependant que d'ici quelques mois, je serai à même de publier un travail sur quelques centaines de ces cas, et de constater des résultats aussi satisfaisants que dans les myômes.

Dans la seconde catégorie cependant, les conditions premières sont bien différentes de celles qu'on rencontre dans les cas de myôme ; et, par conséquent, l'opération elle-même devient sujette à des différences, indéfinies et indéfinissables, de détail.

L'opération de l'ablation des annexes utérines dans les cas de myôme est généralement difficile, quelquefois d'une difficulté extrême, et dans quelques cas entraîne l'opération de l'hystérectomie.

L'opération de l'ablation des annexes utérines, altérées

par suite de maladies inflammatoires chroniques, est toujours difficile ; parfois même, la difficulté est si grande qu'elle ne peut être comparée à quoi que ce soit dans tout ce qui est du ressort de la chirurgie. Bien des chirurgiens très compétents déclarent qu'il y a nombre de cas où l'opération ne peut s'achever ; mais c'est là une conclusion que je ne puis accepter, plus d'expérience, et conséquemment plus de hardiesse et de persévérance m'ayant permis, dans ces dernières années, de terminer toutes les opérations que j'ai entreprises. Je maintiens donc, qu'aucune opération de ce genre ne doit rester inachevée.

Cette règle suivie à la lettre, comme elle l'est dans ma pratique à l'heure actuelle, amène une grande diversité dans les résultats de l'opération, dans la durée de la convalescence et dans les effets éloignés. Personnellement je ne me laisse jamais arrêter par la crainte d'occasionner une déchirure, soit à la vessie, soit à l'intestin, dans la destruction des adhérences qui peuvent exister entre ces viscères et un ovaire ou une trompe enflammés, si intimes que puissent être ces adhérences. Dans bien des cas j'ai vu se former et persister pendant plusieurs mois des fistules urinaires et intestinales, mais j'ai toujours fini par réussir à les supprimer. Des trajets simples mais suppurants et pénétrant très avant dans le bassin, se présentent probablement dans cinq cas sur cent, et peuvent persister indéfiniment, à moins qu'ils ne soient traités par ce que j'appelle le « *drainage circulaire* ». Les effets de cette opération dans beaucoup de cas et surtout dans les cas les plus graves sont, pour plusieurs raisons, plus lents à se produire que dans les cas de myôme, où il n'y a généralement qu'une seule série de symptômes, ou même qu'un symptôme unique à dominer, à savoir, l'hémorrhagie. Si, dans un cas de myôme, la menstruation s'arrête, toute cause d'inquiétude disparaît dans probablement 90 cas sur cent et la convalescence ainsi que la guérison sont d'une rapidité surprenante.

Mais dans les cas de suppuration chronique de vieille date

du bassin l'arrêt de la menstruation ne suffit pas, un tel résultat n'est même pas nécessaire pour obtenir la guérison des cas moins graves.

Une menstruation abondante a non seulement été occasionnée maintes fois par un engorgement du bassin, mais encore des patientes ont éprouvé tous les mois, pendant huit ou dix jours, des douleurs intenses qui les ont poussées à des abus d'alcool ou d'un narcotique quelconque. Cet état de choses affaiblit la patiente de toutes les manières. Généralement aussi, la simple présence de l'annexe malade rend les relations sexuelles impossibles ou tout au moins douloureuses, élément moral qui sans nul doute contribue à détruire la santé.

L'opération peut arrêter la menstruation et, dans bien des cas, l'arrête immédiatement, mais malheureusement elle ne procure souvent pas un soulagement immédiat aux douleurs. L'explication de ce fait est absolument la même que celles des douleurs que l'on observe après l'amputation d'un membre sujet à une inflammation chronique. Les douleurs continuent ou se renouvellent pendant des mois et même des années après la disparition complète de la maladie, et cela jusqu'à ce que les nerfs, qui en étaient la cause, se soient atrophiés et aient cessé de fonctionner. Dans les cas d'opération sur le bassin, ces douleurs persistent rarement plus de douze mois, mais pendant cette période elles causent bien des désappointements aux malades, et une foule de tracas au chirurgien. Dans quatre cas où l'opération n'avait rien modifié j'ai rouvert l'abdomen et je me suis alors aperçu qu'un kyste s'était formé de nouveau auprès de la partie amputée d'une des trompes de Fallope dans trois des quatre cas, et de toutes les deux dans le quatrième cas. La raison en est probablement que les trompes ayant été préablement fermées à la partie intra-utérine, l'occlusion de l'extrémité amputée avait aidé à former un kyste tubaire interstitiel. J'ai extirpé ces cinq kystes et, dans trois des quatre cas, il y a eu guérison complète et immédiate. La quatrième patiente malheureusement mou-

rut des suites de l'opération. Si l'on veut obtenir le résultat qu'on vise, et cela à courte échéance, il faut absolument que l'ablation des trompes de Fallope soit complète. Les effets de cette opération peuvent être complètement obtenus dans les cas appartenant à cette catégorie même sans qu'il y ait aucun arrêt de la menstruation ; dans quelques-uns de mes cas les plus heureux les règles n'ont jamais cessé de se produire, mais les symptômes qui réclamaient l'opération ont été sur-le-champ et complètement supprimés par l'ablation des annexes affectées.

C'est là un fait qui constitue une différence notable avec les cas de myômes où, bien entendu, l'arrêt de la menstruation est le résultat initial et essentiel que nous désirons provoquer. Lorsque la menstruation ne cesse pas tout de suite dans les cas d'affections inflammatoires, et même quelquefois lorsqu'elle cesse, le progrès de la guérison peut être bien gravement interrompu par une hémorrhagie entre les plis du ligament large. Cela est indubitablement dû à la rupture de quelques vaisseaux sanguins dont le courant surmonte pour ainsi dire l'obstacle qui lui est opposé. Ces effusions ont toujours lieu lorsque les règles recommencent ou semblent vouloir recommencer. La fréquence des hémorrhagies est, selon moi, de 4 à 5 0/0 dans toutes les opérations où les ligatures sont appliquées aux ligaments larges. Le cas le plus sérieux que j'aie jamais vu (voir mon Traité des maladies des femmes) s'est produit après l'ablation d'un kyste parovarien. J'en ai vu beaucoup d'autres dérivant de différentes causes après l'enlèvement de tumeurs ovariennes ou des annexes utérines.

Le diagnostic de cet accident peut généralement se faire par l'augmentation du pouls et l'élévation de la température sans motif apparent. Il cause d'ailleurs peu de douleur. Ces effusions n'étaient pas connues ou du moins n'avaient pas été diagnostiquées à l'époque où l'on se servait du « clamp », la grande mortalité d'alors avait rendu impossible l'observation de détails aussi délicats, de même qu'elle avait enrayé

la marche du progrès chirurgical. Dans la majorité des cas les effusions sont peu considérables et disparaissent rapidement, il n'en reste ordinairement plus de trace au bout de quinze jours, même lorsquelles ont atteint des dimensions assez importantes, je veux dire par là lorsqu'elles ont dépassé le niveau du détroit supérieur du bassin; elles occasionnent rarement des tracas à moins que l'hémorrhagie ne se reproduise ou que la tumeur ne suppure.

Lorsque la suppuration s'établit il faut les ouvrir et les drainer et alors elles entravent fort la convalescence en ce sens qu'elles la retardent beaucoup. Il se peut que la cause de cette complication soit la même qui existe dans les cas d'hématocèle, mais quelle que soit la cause et quels qu'en soient les effets, il est certain que dans ces cas la convalescence est des plus notablement retardées, de sorte que les résultats de l'opération ne peuvent être appréciés dans bien des cas qu'au bout de quatre ou cinq ans au lieu de quelques mois, comme c'est le cas ordinairement.

Les conditions générales concernant les résultats de l'ablation des annexes utérines ne diffèrent de celles décrites dans la série des myômes que sous un seul rapport. Cette unique différence est cependant assez importante pour mériter d'être exposée à part. Dans les cas de maladies chroniques des annexes utérines l'un des symptômes les plus sérieux et, dans bien des cas, le plus douloureux c'est l'incapacité des patientes de supporter les souffrances qu'entraînent les relations sexuelles. Dans la plupart des cas où l'opération est nécessaire, ces rapports ont dû être suspendus depuis longtemps à moins que le mari ne soit assez brutal pour rester indifférent aux dangers et aux souffrances auxquels il expose sa femme. L'ablation des annexes utérines permet ordinairement la reprise des rapports sexuels au bout de quelques mois et le trouble passager qu'éprouve l'appétit sexuel par la ménopause prématurée amenée par l'opération, ou même sa suspension, est plus que compensée par la faculté pour la patiente de pouvoir supporter des relations

sexuelles qui lui étaient devenues intolérables. Bien des idées erronées ont été émises à ce sujet par les quelques adversaires de cette opération. Il y a quelques semaines le Dr Routh, ancien président de la Société gynécologique Britannique, a cru devoir faire appel aux sentiments chrétiens pour empêcher que l'on détruisit l'appétit sexuel chez la femme en pratiquant l'ablation des annexes utérines. Même si ce résultat de l'opération était constant au lieu d'être, comme il l'est actuellement, fort rare, j'avoue qu'à mon avis ce serait ajouter un étrange article aux devoirs chrétiens des chirurgiens, que de les engager à soutenir, à protéger et à développer la plus basse des passions animales, celle qui peut-être entre toutes nous suscite le plus de déboires. Je considérerais le mari qui refuserait l'opération à sa femme, soit pour l'arrêt d'une hémorrhagie, causée par un fibrome de l'utérus, soit pour obvier aux dangers et aux souffrances constantes d'un pyosalpinx, et qui baserait son refus sur ce que cette opération rendrait sa femme indifférente à ses désirs sexuels, je le regarderais, dis-je, comme une simple brute, et je n'hésite pas à qualifier les membres de notre profession qui avancent une théorie semblable d'esprits malsains et indignes d'appartenir à notre sainte profession.

En ce qui concerne la troisième série, celle qui comprend les cas où l'ablation des annexes peut avoir lieu pour remédier à certains symptômes nerveux en rapport avec les périodes menstruelles, je dois dire tout d'abord que je me suis gardé d'aller de l'avant dans cette direction, et cela par une prudence que je suis aujourd'hui disposé à trouver excessive. L'expérience d'un petit nombre de cas d'épilepsie menstruelle bien nets, c'est-à-dire de cas où les accès n'ont eu lieu qu'aux époques menstruelles, plus quelques cas de manie, dans lesquels ma main a été, pour ainsi dire, forcée, ne m'autorise pas à me prononcer d'une façon formelle sur la valeur de ce procédé. Je ne me suis jamais aventuré bien loin dans le

traitement chirurgical des névroses. Je me borne donc à citer deux observations remontant à une époque assez lointaine pour permettre de constater jusqu'à quel point sont heureux les effets éloignés de cette intervention dans des cas graves bien caractérisés. J'ose même prédire, pour l'opération, un grand avenir dans cette voie, mais seulement quand on pourra chercher à délimiter les indications par un examen sérieux, loin du tracas des discussions et sans idées préconçues.

Le premier cas est celui d'une fille dont j'ai enlevé les annexes le 9 avril 1880 sur la demande de feu le D[r] Green, alors directeur de l'Hospice municipal de Birmingham, appuyée par le D[r] Whitcomb, son assistant alors et directeur actuellement de l'hospice. Elle était idiote de naissance et au moment de la puberté elle avait été prise d'accès d'épilepsie coïncidant avec les périodes menstruelles. La maladie avait fait de tels progrès avec l'âge, que depuis plusieurs mois les accès étaient pour ainsi dire continus pendant toute la semaine des règles, sans intervalle appréciable. Il lui fallait toujours deux gardiennes robustes qui se relevaient pour la maintenir. Les D[rs] Green et Whitcomb pensaient tous deux que la malade ne tarderait pas à succomber par suite de la violence des convulsions et de l'impossibilité de lui faire prendre une nourriture suffisante.

Depuis l'ablation des annexes, la menstruation a complètement cessé et les accès épileptiques ont graduellement diminué de fréquence et de gravité, elle ne ressentit plus que quelques accès bénins (petit mal) au moment où aurait dû se produire la menstruation. Elle resta nécessairement idiote, mais guérie de son épilepsie.

Dans le deuxième cas il s'agit d'une dame de 25 ans, une des plus belles femmes que j'aie jamais vues ; mariée à l'âge de 22 ans, elle avait eu un enfant au bout de 15 mois. Un an environ après la naissance de l'enfant on s'aperçut qu'elle devenait excentrique pendant ses périodes menstruelles, tout en se portant parfaitement bien dans les intervalles.

C'était la nièce d'un de nos plus grands chirurgiens d'alors, auteur d'un Traité de chirurgie qui est encore l'un des plus cités. Cela suffira pour établir que l'on avait fait tout ce qui était possible pour la ramener à la santé, mais aucun traitement ne réussit ; elle allait de mal en pis et finalement pendant un de ces accès on la surprit au moment où elle cherchait à tuer son unique enfant, dont elle raffolait dans ses moments lucides. Son oncle désira que l'on me consultât au sujet de la possibilité de la traiter par l'ablation des annexes. Je me rendis donc chez elle mais, ne trouvant aucun indice de maladie des annexes, je refusai catégoriquement d'opérer. Huit mois plus tard, cependant, son état avait tellement empiré que je consentis à entreprendre l'opération en en laissant toutefois l'entière responsabilité à celui qui l'avait proposée. Il suffira de dire que la guérison était complète au bout de quelques mois, et qu'à l'heure actuelle, six mois après l'opération, il ne s'est pas produit le moindre retour de sa maladie et que sa santé se maintient excellente sous tous les rapports.

De si éclatants exemples vont m'obliger à abandonner ma résistance passive à cette intervention et à pratiquer l'opération dorénavant dans certains cas de ce genre, soigneusement choisis ; l'opposition acharnée des accoucheurs anglais appartenant à la vieille école finira aussi sans doute par disparaître. Des résultats aussi brillants, même si on ne les obtient que dans une faible proportion des cas traités, ne peuvent qu'étendre davantage le champ de cette intervention du chirurgien.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'ABLATION DES ANNEXES

Par **L. G. Richelot**, chirurgien de l'hôpital Tenon (1).

En choisissant, parmi les 240 laparotomies que j'ai faites depuis le 1er janvier 1889, celles qui ont porté sur des lésions

(1) Communication faite au Congrès français de chirurgie.

tubo-ovariennes sans néoplasme, j'en trouve un total de 170, qui ne peuvent toutes servir à l'analyse que nous sommes conviés à faire devant vous. Si je retranche les quelques malades qui ont succombé aux opérations les plus graves, — vous savez combien notre mortalité opératoire est aujourd'hui restreinte, — si j'en laisse de côté quelques-unes dont j'ai perdu la trace, et enfin plusieurs qui sont trop récentes pour entrer en ligne de compte, il en reste environ 120 sur lesquelles je puis porter un jugement définitif.

Je passerai en revue les résultats éloignés de mes opérations, en m'efforçant de les ranger dans un ordre logique; mais je vous avertis queje n'attache aucune importance à ma classification, qui est forcément défectueuse, car toutes ces lésions s'enchevêtrent si bien qu'il est impossible d'arriver à un groupement parfait.

I. *Salpingo-ovarites légères, péri-ovarites, adhérences.* — L'ovaire est peu ou point altéré, la trompe congestionnée, légèrement flexueuse, son pavillon souvent oblitéré; les organes sont adhérents, quelquefois prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, mais les adhérences sont facilement décollées avec le doigt; il y a du catarrhe utérin, plus ou moins rebelle aux traitements directs.

J'ai opéré dans ces conditions quelques femmes qui avaient subi le curage plusieurs mois auparavant. Les douleurs n'avaient pas cessé ou avaient repris comme devant; l'utérus étant normal ou à peu près, les femmes étant gravement affectées de leur état, empêchées dans leurs travaux, j'ai dû en venir à une laparotomie qu'elles demandaient pour la plupart: généralement, elles sont bien guéries. Je note une opérée du 16 mars 1889, qui avait déjà subi la colporrhaphie en avril 1887, le curage et l'opération de Schrœder en novembre 1888: l'ablation des annexes l'a complètement rétablie. Une autre, à peine améliorée par le curage en avril 1889, a subi le 16 janvier 1890 l'ablation d'annexes peu malades mais adhérentes, et se porte aujourd'hui très bien. Une femme de trente-huit ans, ayant de fortes règles et des douleurs insup-

portables, est débarrassée de tout ennui par l'extirpation d'ovaires adhérents, petits et sclérosés, faite le 14 novembre 1890.

Ces femmes, quand elles sont encore jeunes, ont des bouffées de chaleur à la face, des pesanteurs pelviennes de temps à autre, et ces phénomènes consécutifs à la ménopause anticipée peuvent durer un an, dix-huit mois; tout le monde le sait. Mais je répète qu'elles sont bien guéries, valides et contentes de leur sort.

Une opérée du 22 novembre dernier se plaint d'une assez vive sensibilité au niveau de ses deux pédicules ; le bénéfice qu'elle a retiré de mon intervention n'est pas clair. Au bout de quatre mois, rien encore de perdu ; néanmoins, j'admets qu'elle peut garder longtemps ses anciennes douleurs. On dit même que les opérations pratiquées pour des lésions peu profondes sont celles qui donnent le plus de guérisons incomplètes. Cette opinion légèrement paradoxale peut être fondée, à la condition qu'on l'explique de deux manières : 1° si les organes petits, mais fortement adhérents, sont amenés par lambeaux et incomplètement enlevés, comme le dit Bouilly dans sa communication au Congrès de Berlin, je veux bien que les femmes restent réglées, douloureuses et nerveuses ; 2° elles resteront malades encore plus sûrement, si, prenant le change sur la cause des douleurs, on enlève des ovaires ne portant que des altérations anatomiques banales ; si on opère, pour des points ovariens, des femmes neurasthéniques, à estomac dilaté, dont les symptômes nerveux sont d'ordre plus général ; si, croyant qu'une femme souffrant dans la sphère génitale ne peut souffrir que des ovaires, on va chercher les annexes peu malades en négligeant l'utérus, qui reste en activité morbide et refuse de s'atrophier. J'ai dû, après une laparotomie qui m'a montré des ovaires sans adhérences et une salpingite légère avec pavillons oblitérés, faire le curage d'un utérus dont la cavité mesurait 10 centim. et dont le catarrhe n'avait pas cessé ; le curage sans laparotomie eût été sans doute plus utile.

Je touche là au chapitre fort délicat des abus de la castration, et je pense, en résumé, que le résultat thérapeutique dans les affections légères ne peut être moins bon que dans les graves, mais à la conditon qu'on s'efforce de ne pas faire de laparotomies inutiles, et que, le diagnostic étant bien posé, avant ou après l'incision, peu m'importe, on enlève des annexes qui soient la vraie cause du mal.

Telles sont les conclusions que je tire d'une dizaine d'observations de cet ordre; elles s'appliquent également bien aux cas dont je vais maintenant vous parler, lésions douloureuses et pressantes mais petites lésions, en ce qu'elles sont peu dangereuses à traiter et, pour ainsi dire, sans mortalité possible.

II. *Ovaires à petits kystes.* — La dégénérescence scléro-kystique des ovaires accompagne très souvent les altérations complexes de l'utérus et des trompes ; mais je m'occupe ici des cas où elle est seule ou tout au moins dominante. Elle offre, par elle-même, des symptômes douloureux très accentués, quelquefois une marche aiguë ou subaiguë simulant la salpingite ; quelquefois on remonte, en interrogeant la malade, à une ou plusieurs poussées de pelvi-péritonite semblables à celles qui accompagnent les affections tubaires, et pour les expliquer on ne trouve, au cours de l'opération, que de petites adhérences de l'ovaire et une trompe normale. D'autres fois, les adhérences sont plus étendues et plus solides ; un ou plusieurs des kystes acquièrent le volume d'un petit œuf. Il peut y avoir du catarrhe utérin et des métrorrhagies, qui rendent le diagnostic très obscur.

Il m'est arrivé de pratiquer des curages et des opérations sur le col, après avoir porté le diagnostic de métrite catarrhale ou fongueuse. La muqueuse utérine raclée par la curette se trouvait moins malade que je ne l'avais cru. Puis les femmes continuaient à souffrir et revenaient au bout de quelques mois; je pensais alors au développement d'une salpingite qui n'existait pas au moment du curage ou que j'avais méconnue à son début, et l'incision abdominale me

conduisait sur des ovaires kystiques. D'autres fois, j'ai opéré d'emblée pour une salpingite violente avec utérus négligeable, et j'ai trouvé de petits kystes sans lésion tubaire.

Les femmes guérissent très bien dans ces deux cas, preuve que l'altération ovarienne est bien la cause de leurs douleurs souvent excessives. Cependant, sur une trentaine de malades, j'en ai bien dix qui ont fait quelques façons avant de se déclarer bien portantes. Celle-ci, bien que devenue valide, accuse pendant plusieurs mois des points douloureux au niveau de ses pédicules ; celle-là, nerveuse et dyspeptique, continue à gémir et ne s'amende qu'à la longue ; une autre s'inquiète en voyant revenir ses règles à deux ou trois reprises. Une danseuse de l'Eden, après sa sortie de l'hôpital, s'engage à Lyon, est prise d'une perte abondante qui dure plusieurs jours, puis se remet au travail et ne le quitte plus ; je reviendrai tout à l'heure sur ces phénomènes de menstruation plus ou moins régulière. Dans une vingtaine de cas, au contraire, la guérison est facile, prompte, radicale : c'est une jardinière qui, sortie de l'hôpital le 1er juin 1889, retourne presque aussitôt à un dur travail ; c'est deux infirmières qui reprennent leur métier fatigant ; c'est une jeune femme qui a depuis deux ans des pertes abondantes et des douleurs à peu près continues s'exaspérant au moment des règles, et chez qui l'ablation très facile de deux gros ovaires criblés de petits kystes et sans adhérence supprime instantanément les douleurs et les pertes ; c'est enfin une vierge de 28 ans dont l'histoire est fort intéressante. Quand je la vis en consultation, dans le département de Seine-et-Marne, en octobre 1888, elle était dans son lit, incapable de marcher, avec un empâtement et une douleur excessive à droite ; elle souffrait ainsi, par poussées, depuis le 23 mars. On aurait pensé au classique phlegmon du ligament large. Moins prévenu qu'aujourd'hui des méprises que peut faire naître un cas de ce genre, je trouvai là une forme singulière de pelvi-péritonite, dont aucune affection, puerpérale ou autre, ne pouvait rendre compte. Elle vint à Paris ; lors-

qu'elle entra dans la maison de santé où je devais l'opérer, elle marchait pliée en deux et soutenue par des aides. Le 1er décembre, à l'incision de l'abdomen, je trouvai la dégénérescence ovarienne, développée surtout à droite ; l'ovaire était gros et bourré de petits kystes, mais libre et sans adhérences ; les deux trompes étaient parfaitement saines. Pour tout vestige des poussées inflammatoires et douloureuses, j'avais de minimes adhérences épiploïques au-devant des annexes. L'opération fut simple et bénigne, et le mal disparut brusquement pour ne plus revenir ; aujourd'hui la santé est parfaite.

Soit dit en passant, chez une vierge et à l'abri de toute inoculation, il m'est bien difficile d'admettre, avec Bouilly, qu'il s'agisse là d'une variété d'ovarite d'origine infectieuse.

III. *Salpingites chroniques, parenchymateuses, adhérentes. Hydrosalpinx.* — Cette classe comprend tous les degrés de la salpingite chronique, invétérée, rebelle aux traitements indirects. Tantôt la trompe est un kyste à parois minces ou épaisses (*hydrosalpinx*), à contenu végétant (un cas) ; tantôt la cavité est petite, la paroi énorme, et l'organe a les dimensions du petit doigt, d'une anse d'intestin. La lumière étroite contient du muco-pus ; il serait facile, mais contraire à la vérité clinique, d'améliorer la statistique des pyosalpinx en y rangeant ces grosses trompes à contenu dangereux, mais dont l'ablation souvent difficile est moins grave que celle des vrais kystes purulents des annexes. Elles ne m'ont donné aucune mortalité.

L'ovaire est diversement altéré : il est petit, atrophié, accolé à la paroi tubaire, ou bien gros et kystique. Il y a souvent de petits kystes séreux, transparents, surajoutés aux annexes.

Cette classe nombreuse — j'ai pour ma part, une trentaine de faits — pourrait être l'objet d'une foule de considérations. Mais, au point de vue qui nous occupe, elle peut être analysée en peu de mots. Si nous faisons l'enquête sur nos résultats éloignés, c'est apparemment pour savoir s'ils justifient

notre intervention. Or nous n'en sommes plus, en vérité, à démontrer les services que nous rendons, par des opérations à peu près sans dangers, à des malades dont la souffrance est extrême, l'invalidité complète, l'avenir plein d'incertitudes et de périls, et cela, en sacrifiant des organes dont la fonction est perdue.

Sur presque toutes, j'ai des renseignements précis et très récents. Les phénomènes nerveux ordinaires, sur lesquels je ne reviendrai pas, les petites douleurs des premières semaines ou des premiers mois n'empêchent pas les guérisons d'être complètes. Je signale quelques faits ayant un intérêt particulier :

Trois castrations unilatérales. Dans la première, kyste tubaire végétant à droite, ovaire sain à gauche. Dans les deux autres, énucléation laborieuse à droite, impossible à gauche par les adhérences très serrées ; malgré l'opération incomplète, résultat thérapeutique excellent depuis le 17 décembre 1889 et le 3 juillet 1890.

Trois au moins sont des névropathes. La plus récente, opérée en décembre dernier pour des trompes volumineuses et très adhérentes avec de gros ovaires kystiques, prétend souffrir à peu près autant qu'avant mon intervention ; nous verrons plus tard. La malade au kyste végétant, dont j'ai parlé tout à l'heure, est plus satisfaite ; elle ne souffre pas du ventre et consent à ne plus s'alarmer. La troisième, opérée le 22 janvier 1890 pour de grosses trompes dilatées, sinueuses, adhérentes et des ovaires kystiques, a eu des attaques d'hystérie pendant les deux ou trois semaines qui suivirent, puis des douleurs pelviennes et un nervosisme exagéré pendant plusieurs mois : mais depuis la fin de l'année dernière, tout a disparu, les crises nerveuses ne sont plus qu'un souvenir, et la santé est florissante. Avant de me consulter, elle souffrait depuis deux ans et gardait le lit depuis deux mois.

Cette dernière malade a eu, quatre mois après la castration ovarienne, une métrorrhagie sérieuse ; plus tard, une perte sanguine insignifiante ; aujourd'hui, calme parfait ; une autre,

opérée le 7 mars 1889, a toujours eu depuis ce temps des pertes sanguines assez irrégulières, mais sans aucune interruption prolongée ; et cependant l'ablation des ovaires avait été relativement facile et très complète. De ces deux malades j'en rapproche une troisième, qui se range plutôt dans la classe des pyo-salpinx, mais qui est bien intéressante par la persistance de la menstruation. J'ai eu dans les mains ses deux trompes et ses deux ovaires bien complets, aucune parcelle de tissu ovarien ne m'a échappé ; opérée le 3 septembre 1889, ses règles sont venues le 18 octobre, le 18 novembre, et elle les a encore très régulièrement tous les mois, pendant trois jours. Une menstruation aussi parfaite, après une castration bilatérale authentique, est certainement exceptionnelle ; mais des phénomènes, plus atténués et moins durables sont assez fréquents. Ils n'ont rien de contraire à la loi de Négrier ; aucune théorie n'empêche d'admettre que, chez la femme adulte, l'habitude de la fluxion utérine survive à la disparition des ovaires, et je n'ai jamais compris l'insistance que mettent certains auteurs à nier ces faits ou à les expliquer par des ablations incomplètes.

Je n'ai guère d'autre fait à noter dans cette série, si ce n'est qu'il est toujours curieux de voir disparaître en un instant et pour toujours, au prix d'une opération souvent compliquée, laborieuse, mais d'un pronostic très sûr, les misères que ces malheureuses traînent pendant plusieurs années et qui ne cèdent ni aux traitements illusoires des empiriques, ni aux soins médicaux les plus rationnels.

IV. *Salpingo-ovarites, compliquées de rétroversion mobile ou adhérente.* — C'est un cas particulier dans l'histoire des lésions précédentes ; je vais l'aborder en m'appuyant sur une quinzaine de faits, dont plusieurs sont trop récents. Il faut du temps, en effet, pour juger si le redressement d'un utérus est valable ; aussi, devrai-je y revenir plus tard, et je ne fais aujourd'hui qu'effleurer la question.

Quand la rétroversion est accompagnée de lésion des annexes, l'utérus est libre et seulement fixé par les adhé-

rences tubo-ovariennes, ou bien il est adhérent lui-même par son fond et sa face postérieure au cul-de-sac de Douglas. Dans la seconde hypothèse, le décollement de l'utérus doit précéder ou suivre l'ablation des ovaires et des trompes. Car la laparotomie a un double but : enlever les lésions douloureuses et graves par elles-mêmes, redresser l'utérus dont la déviation entre pour une part dans les accidents. Sur le premier point, je n'ai rien à dire de nouveau ; sur le second, je désire appeler votre attention.

Vous savez qu'aujourd'hui on aime beaucoup à fixer l'utérus à la paroi abdominale. On propose même l'hystéropexie pour des rétroversions mobiles et sans lésions ovariennes, ce qui ne peut nous occuper en ce moment. Or, autant je suis partisan de l'hystéropexie pour certains prolapsus rebelles, autant je la crois peu utile pour la plupart des rétroversions, même quand des annexes malades nous conduisent à ouvrir le ventre. En d'autres termes, je n'aime pas beaucoup l'*hystéropexie complémentaire* (Thèse de M. Baudouin, Paris, 1890), et je ne crois pas qu'il faille la considérer comme « le seul procédé de cure radicale des rétro-déviations utérines graves et adhérentes ». J'ai toujours vu jusqu'ici l'utérus se redresser par le fait de la pédiculisation des annexes ; le ligament large, bien pris en faisceau, bride l'utérus et le maintient réduit. J'ai des utérus ainsi redressés et des femmes guéries depuis les mois de mai, juin, juillet, novembre, décembre 1890.

Ainsi, l'extirpation des lésions ovariennes suffit généralement à la guérison des déviations complexes de l'utérus. C'est encore là, si je ne me trompe, une suite heureuse de nos opérations.

V. *Hématosalpinx et hématocèles.* — Je rapproche ces deux termes, parce que l'hématocèle intra-péritonéale est ordinairement la suite d'un hématome de l'ovaire ou de la trompe.

Sur douze observations, je trouve un hématosalpinx tellement adhérent et perdu au milieu d'un magma intestinal, que

j'ai dû le laisser en place, l'évacuer et le drainer. Après six mois de guérison, poussée douloureuse et tuméfaction nouvelles ; mais le repos au lit calma tout, et la guérison paraît durable aujourd'hui. Chez une autre malade, j'enlevai en totalité une poche tubaire contenant 200 gr. de vieux sang, mais de l'autre côté les annexes adhéraient si bien que je laissai des lambeaux saignants ; la malade, retournée à Toulouse, est toujours souffrante et nerveuse.

Dans tous les autres cas, l'extirpation totale des lésions m'a donné des guérisons rapides et franches. Il y a d'abord des hématomes circonscrits, de moyen volume ; on reconnaît bien la tumeur des annexes, mais le diagnostic absolu est très difficile ; l'incision abdominale conduit sur une grosse poche ovarienne ou tubaire, qui s'énuclée en totalité ou plus souvent se crève et inonde le péritoine de caillots ou de liquide chocolat. Comme il n'y a ni pus ni infection d'aucune sorte, les suites sont absolument bénignes.

Il y a ensuite les grosses tumeurs hématiques, se laissant reconnaître ou simulant des fibromes. Le sang est contenu dans une énorme trompe ou libre dans le péritoine et limité seulement par des adhérences : hématosalpinx ou hématocèle. Ici la question du meilleur mode de traitement doit se résoudre par l'examen des résultats éloignés. Or, le pronostic des hématocèles simplement ponctionnées ou incisées par le vagin est médiocre : sans nier les cas heureux, je me rappelle cependant bien des exemples de foyers longtemps fistuleux, suppurants, ne pouvant se vider de leurs caillots ; des tumeurs dures, persistantes, avec des congestions et des poussées de pelvi-péritonite. Quoi de plus naturel, puisqu'on laisse dans le ventre une cavité à parois anfractueuses, tapissées de couches fibrineuses inaccessibles, des ovaires en lambeaux, des trompes crevées dans le péritoine ? Voyez, au contraire, la netteté des résultats obtenus par la méthode de choix, la laparotomie :

Une femme de 30 ans, toujours souffrante depuis ses couches, aboutit à une grosse hématocèle rétro-utérine. A l'in-

cision de l'abdomen, je trouve l'utérus repoussé en avant et j'ouvre derrière lui un vaste foyer limité par les anses intestinales et d'où s'échappent du sang noir et des caillots en abondance. Je ramasse les caillots à pleines mains, je les entraîne avec des éponges montées, puis, au cours de ce nettoyage, je rencontre des ovaires entourés de masses fibrineuses, et des trompes épaisses, dilacérées, bourrées elles-mêmes de caillots noirs. J'enlève ces annexes profondément altérées, que l'incision vaginale aurait laissées dans le ventre. Opérée le 7 décembre, la malade nous quitte le 19 janvier 1890 ; revue le 21 mai, son utérus est mobile, ses culs-de-sac parfaitement souples, elle est bien portante et ne souffre plus.

Chez deux autres femmes, le sang était contenu dans une énorme poche tubaire accolée au côté gauche de l'utérus et adhérente par toute sa surface. J'ai pu faire laborieusement l'énucléation complète, non sans inonder le péritoine ; mais je répète qu'il n'y a pas ici de causes d'infection, et que la facilité de la guérison contraste avec l'importance et la longueur de l'acte opératoire. La première avait 37° le lendemain, la seconde lisait son journal.

Enfin chez une malade du service de M. Roques, la tumeur remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et faisait bomber les culs-de-sac vaginaux en refoulant l'utérus contre le pubis. Tous les signes rationnels et physiques étaient en faveur d'une hématocèle rétro-utérine ; néanmoins, je trouvai un hématosalpinx vraiment monstrueux. Après avoir crevé la poche et enlevé les caillots à pleines mains, je détachai patiemment l'intestin et je fis céder partout les adhérences, mais je ne pus séparer la tumeur de l'utérus ; et, comme les annexes de l'autre côté étaient malades et hypertrophiées, je pris le parti de les libérer à leur tour, de former un pédicule sur le segment inférieur de l'utérus et d'enlever toute la masse ; je fis, en un mot, l'hystérectomie avec traitement intra-péritonéal du pédicule et ligature élastique perdue. La malade, pâle et exsangue avant l'opé-

ration, reprit vite ses couleurs et son embonpoint; elle est aujourd'hui en parfaite santé.

VI. *Pyosalpynx et ovarites suppurées.* — C'est ici que se concentre toute la gravité des laparotomies faites pour enlever les annexes. Les adhérences du kyste purulent aux parois pelviennes et surtout à l'intestin, la vascularité de certaines adhérences, la rupture fréquente de la poche et l'effusion du pus dans le péritoine, l'infection de la séreuse par certains contenus très virulents, infection que ne peut toujours prévenir le lavage à l'eau bouillie, enfin le collapsus que détermine une opération d'assez longue durée chez une femme affaiblie et déjà septicémique, telles sont les causes qui nous font échouer dans des cas rares, il est vrai, mais encore bien cruels.

En revanche, les succès paraissent ici plus brillants que jamais, étant donné l'état lamentable ou menaçant dans lequel se trouvent habituellement les malades. Ce sont bien des femmes auxquelles *on sauve la vie*, et cela, le plus souvent, sans qu'il reste aucune trace de leurs maux. Sur vingt-sept, j'en puis citer une quinzaine chez qui la guérison pure et simple n'a pas fait un pli, tantôt après une double énucléation de poches purulentes plus ou moins développées, tantôt après une castration unilatérale, les annexes les moins malades ayant été laissées dans le ventre pour cause d'adhérence excessive ou pour ne pas prolonger l'acte opératoire. Parmi celles qui ont eu des suites, je citerai un empâtement douloureux autour d'un pédicule, n'ayant cédé qu'après plusieurs mois; des nerveuses ayant quelques pertes ou accusant des douleurs vagues, une surtout qui se plaint vivement après un an et demi, malgré le retour complet des organes pelviens à leur souplesse et à leur attitude normales.

L'extirpation totale des organes malades est le but à poursuivre; mais elle n'est pas toujours possible. Une femme de 42 ans, drainée seulement par la voie sus-pubienne, se lève au bout d'un mois, et dès le premier jour va dîner aux halles avec ses amies; quelques mois plus tard, elle est prise d'une

poussée aiguë dans son ancien foyer, avec menace de suppuration. Chez une autre, l'incision me conduit sur des adhérences intestinales très serrées devant lesquelles je m'arrête pour ouvrir et drainer par le vagin ; prompte guérison, mais six mois plus tard survient une poussée douloureuse au niveau d'une petite induration persistant au bord droit de l'utérus. Une troisième enfin, opérée aussi par l'incision vaginale après une laparotomie restée exploratrice, paraît guérie sans retour ; mais elle n'est opérée que depuis cinq mois.

Voilà des cas heureux, bien qu'ayant fait naître quelques arrière-pensées. Mais il arrive aussi qu'en présence de poches purulentes multiples, perdues au milieu d'un magma d'adhérences intestinales, on fait une opération très incomplète et un drainage insuffisant. Quelquefois même il faut s'arrêter sans avoir rien fait ; car, si on continue, souvent on ne trouve pas les annexes ou bien on les arrache par lambeaux après avoir fait de grands dégâts à travers ce *processus fibreux* qui s'étend à l'ensemble du petit bassin, enclave l'utérus et forme autour de lui comme un dôme d'adhérences qui le sépare de la grande cavité abdominale. C'est alors que la laparotomie est vraiment périlleuse. Aussi, avons-nous accueilli avec faveur, au moins pour les cas les plus graves, l'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations péri-utérines (Péan, Segond), opération qui fait un vaste débridement au sein de la cavité pelvienne, ouvre les poches purulentes qui entourent la matrice, assure leur drainage et favorise leur oblitération. Bien que laissant en place les organes malades ou leurs lambeaux, peut-être les ouvre-t-elle avec plus de sécurité immédiate et dans de meilleures conditions pour l'avenir. L'étude non encore faite des résultats éloignés nous donnera la solution de ce problème.

VII. *Fibromes utérins.* — La castration ovarienne pour fibromes utérins m'a donné des résultats entièrement satisfaisants.

Sur une quinzaine de malades, il faut en excepter deux.

La première fut opérée, par erreur de diagnostic, pour des fibromes sous-péritonéaux, sortis de la paroi utérine ; elle continua à souffrir et ne vit pas diminuer ses tumeurs ; mais plus tard elle fut guérie par l'hystérectomie. Chez la seconde, profondément cachectique, je fis l'incision abdominale pour une ascite énorme et trouvai une tumeur absolument adhérente, enclavée et paraissant tenir à la face postérieure de l'utérus ; je fis l'ablation des ovaires pour tenter quelque chose ; la malade retourna à Parthenay sans ascite, mais toujours bien faible, et succomba au bout de deux mois.

Dans tous les autres cas, j'ai obtenu la suppression des douleurs, la ménopause parfaite et de plus une atrophie des fibromes que je ne puis apprécier exactement chez les plus récentes, mais dont j'ai publié un exemple frappant (1).

J'admets donc que cette opération est excellente pour les fibromes interstitiels de petit ou de moyen volume, douloureux, hémorrhagiques ou évoluant avec rapidité. J'ai donné, dans le travail que je viens de citer, les raisons qui me font préférer pour d'autres cas l'hystérectomie abdominale, et qui m'empêchent de la considérer aujourd'hui comme une opération très dangereuse et qu'on doit éviter à tout prix.

VIII. *Névralgies. Hystérie vraie.* — Je termine par le côté le plus délicat et le plus dangereux de la question, et je supplie mes confrères de ne pas aller, sur ce chapitre, au delà de ma pensée.

J'ai obtenu quelques résultats excellents, par la castration double ou unilatérale, dans les *névralgies pures*.

Entendons-nous bien. Je ne parle plus ici de ces malades auxquelles j'ai fait allusion en commençant, qui ont de l'entéroptose et des points névralgiques, qui se plaignent de leurs ovaires et de bien d'autres choses, et auxquelles on fait la castration, soit un peu légèrement et dans l'espoir de trouver des lésions pelviennes, soit avec l'idée théorique de modi-

---

(1) L.-G. Richelot. *L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie.* Lecrosnier et Babé, 1890.

fier le système nerveux par la suppression des ovaires. On trouve des lésions anatomiques insignifiantes, telles qu'on en trouverait, sans doute, chez beaucoup de femmes bien portantes ; les malades continuent à souffrir. Voilà, pour une bonne part, les cas observés par les médecins qui nous disent avec scepticisme : « Êtes-vous bien sûr que la castration guérit les douleurs ? »

Il ne s'agit pas non plus de la maladie scléro-kystique des ovaires, dont les douleurs semblent hors de proportion avec la petitesse des lésions anatomiques. On pouvait jadis méconnaître la lésion et parler de névralgie ovarienne. Aujourd'hui, c'est différent : il y a là, non des troubles nerveux *sine materia*, mais une affection locale déterminée, bien que les grands symptômes en soient assez difficiles à comprendre. Exemple : on m'amène une jeune [fille de 20 ans, vierge, ayant depuis la puberté des douleurs ovariennes continues ; aucune attaque de nerfs, rien que la douleur accompagnée de règles abondantes et prolongées. Tous les traitements médicaux ayant échoué, on me demande une opération radicale : je refuse, et comme il y a du catarrhe utérin, je tente la dilatation et le curage. Aucun soulagement, mais n'ayant pu constater une lésion des annexes, persuadé que j'ai affaire à une névropathe, et ne voulant pas du tout sacrifier des ovaires de vingt ans à la recherche d'une guérison plus que douteuse, je refuse toujours d'aller plus loin. Quelque temps se passe, on revient à la charge, la fille se plaignant encore davantage, et la mère me priant avec elle ; je finis par consentir à une laparotomie, sans savoir l'issue que je lui donnerais. L'opération est toute récente (26 mars) : j'ai enlevé deux ovaires dégénérés, bourrés de petits kystes et sans un atome de tissu normal ; fonction abolie, intervention légitime. Ainsi cette douleur à forme névralgique, intense et continue, correspondait à une lésion matérielle, dont la suppression a toutes chances d'amener, comme dans les faits analogues cités au début de ce travail, une guérison complète.

Les cas dont je veux maintenant vous entretenir sont tout différents : il ne s'agit plus de troubles vagues et mal déterminés avec des tissus à peu près normaux, ni de douleurs bien caractérisées avec un substratum matériel; il s'agit de névralgies fixes, violentes, à exacerbations, ayant pour siège des organes parfaitemeut sains.

Une femme de 35 ans souffre cruellement et depuis neuf années au niveau de l'ovaire gauche; règles fréquentes et extrêmement pénibles. C'est une mère de famille au caractère doux, régulier, docile, n'ayant pas les allures d'une hystérique, néanmoins très hypnotisable; quand elle souffre trop, elle vient demander à son médecin de l'endormir pour obtenir quelque soulagement. Je ne lui trouve rien d'anormal dans les annexes, aucune tuméfaction; l'utérus est à peu près sain. La persistance et l'acuité de la douleur déterminent son médecin et elle-même à recourir à la chirurgie; la fixité de ce symptôme, toujours à gauche, m'engage à une castration unilatérale, que j'entreprends sans avoir un diagnostic absolu, mais croyant plutôt à un ovaire altéré qu'à un ovaire sain. Je trouve deux organes d'une intégrité parfaite; je laisse le droit et j'enlève le gauche, qui est de volume ordinaire, sans adhérences et dont la coupe nous montre un tissu normal avec le corps jaune de la dernière menstruation. Le confrère qui m'avait amené cette malade était presque confus de m'avoir poussé à une opération qui maintenant lui semblait à peine justifiée. Néanmoins la douleur fut supprimée comme par enchantement; depuis l'opération, qui remonte à huit mois, il n'y a plus à gauche aucune sensation pénible. Malheureusement, les règles viennent encore trop souvent, presque tous les quinze jours, et je me repens d'avoir épargné l'autre ovaire; mais la névralgie rebelle n'en est pas moins radicalement guérie. Donc il ne faut pas dire, d'une manière absolue, que les phénomènes nerveux — j'entends les phénomènes nerveux localisés — ne sont jamais modifiés par l'ablation d'ovaires sains.

J'ai une opérée plus étonnante que celle-ci; c'est une

femme de 28 ans, malade depuis cinq ans à la suite d'une couche ; pertes blanches et ménorrhagies, douleurs violentes, toujours nettement localisées du côté gauche. On ne sent pas d'annexes volumineuses, mais l'examen éveille à gauche une très vive sensibilité. Laparotomie le 22 octobre 1890 : je trouve un ovaire droit un peu gros, sans adhérences et une trompe normale ; après ablation, j'arrive à découvrir dans le tissu ovarien deux ou trois petits kystes insignifiants. A gauche, là où je m'attendais à trouver des lésions positives, rien : petit ovaire sain, trompe saine, si bien que je les réintègre dans l'abdomen. C'était sans doute un scrupule exagéré dans l'espèce, et même une imprudence. Mais je n'eus pas à m'en repentir ; la malade fut guérie instantanément et complètement. Avant de quitter Avignon, c'était une impotente, immobilisée à chaque instant et condamnée par tout le monde ; on la croyait morte, quand elle annonça son retour de Paris ; on vint la chercher à la gare avec une voiture, pensant qu'elle ne pouvait marcher, mais elle rentra chez elle d'un pas ferme, à la stupéfaction générale. Ainsi, la castration unilatérale portant sur un ovaire à peu près sain, non sensible et épargnant l'ovaire douloureux, avait fait disparaître une névralgie rebelle, vieille de 5 ans et sans aucune lésion matérielle.

Parlerai-je encore de cette malade que j'ai eue jadis à l'hôpital Bichat, qui avait déjà subi plusieurs opérations, curage utérin, raccourcissement des ligaments ronds, pour des douleurs pelviennes incessantes et qui souffrait toujours ? Elle n'avait ni métrite, ni déviation, ni lésion des annexes et sa douleur n'avait aucune localisation précise. Il me sembla que la castration ovarienne pourrait être insuffisante contre cette névralgie pelvienne *sine materia*, et je résolus d'enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. L'opération réussit à souhait ; les organes étaient sains et mobiles ; la malade, remise sur pieds, eut quelques retours de douleurs, à intervalles éloignés, ce qui ne l'empêchait pas d'exercer son métier d'infirmière ; puis toute souffrance dis-

parut, elle retourna dans son pays, et récemment elle m'écrivait pour me dire que sa santé était parfaite et me demander la permission de se marier (1).

Enfin j'oserai, bien que la hardiesse soit grande, citer un exemple d'*hystérie vraie,* sans lésions ni douleurs ovariennes, modifiée très heureusement par la castration. Je ne l'ignore pas, c'est un fait en contradiction formelle avec l'opinion des hommes les plus autorisés, opinion que je partage et contre laquelle je suis loin de m'élever : l'ablation des ovaires, essayée plus d'une fois contre l'hystérie, n'a produit généralement aucun résultat. Il faut cependant bien reconnaître que, dans ce cas, elle en a produit. Bouilly, qui a fait une fois l'opération sur les instances de la malade et de son médecin, déclare (*loc. cit.*) qu'il ne veut pas renouveler cette tentative. Pour moi, n'allez pas croire que je cherche à la renouveler ; je me borne à citer mon observation.

C'était une jeune fille de dix-sept ans, grande hystérique. Antécédents névropathiques dans la famille ; une sœur hystéro-épileptique à la Salpêtrière. Jusqu'à 12 ans, elle urinait au lit ; à 14 ans, hémianesthésie avec paralysie de tout le côté droit, soignée à l'hôpital St-Joseph ; habitudes d'onanisme ; grandes attaques d'hystéro-épilepsie, avec morsure de la langue, jusqu'au mois d'août 1889. Depuis cette époque, les grandes attaques ont cessé pour faire place à la tristesse et aux idées noires ; plusieurs tentatives de suicide. Vous voyez que rien ne manque au tableau.

Dernièrement, à l'hôpital Lariboisière, en présence de l'intensité des symptômes, un de mes collègues émet l'idée qu'on pourrait recourir à l'opération de Battey. C'est alors qu'on me l'envoie à l'hôpital Tenon, en me priant de l'examiner et d'agir au besoin.

---

(1) DOLÉRIS, dans un mémoire des *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie,* t. V, 1890, p. 59, reproduit ce fait et affirme, sur des renseignements incomplets, que la malade est restée aussi névropathe qu'avant l'opération.

J'ai fait l'opération sans scrupules, je l'avoue, car c'était un des cas où vraiment il n'y a rien à perdre, mais aussi avec un grand scepticisme. Aussi quel ne fut pas mon étonnement quand j'assistai aux suites de mon intervention. Opérée le 18 janvier 1890, la jeune fille vint me revoir à la fin de mars ; elle était calme, gaie, bien portante, elle n'avait ni attaques de nerfs ni idées tristes ou folles ; aucune menstruation ; la sensation de boule, qui avait duré en s'atténuant, était elle-même disparue. Elle travaille aujourd'hui dans un couvent, tranquille et sérieuse ; personne ne la considère comme une malade.

C'est une intermission, me direz-vous, l'hystérie sommeille mais elle se réveillera. Tout ce que vous voudrez, je l'accorde ; mais l'influence directe et immédiate de l'opération n'en est pas moins certaine. Vous me direz encore : toute autre intervention, un simulacre opératoire l'aurait aussi bien guérie. Notez cependant qu'elle ne souffrait pas des ovaires, ne me demandait pas de les enlever, n'avait aucune idée fixe ; il me semble que la suggestion n'a pas dû jouer là un grand rôle.

Et maintenant, je le répète, j'ai sur la question l'opinion que vous avez tous. Je prie en grâce mes collègues de ne pas me faire dire que l'ablation d'ovaires sains est une opération courante et souvent justifiée, ni que la castration ovarienne est un traitement normal de l'hystérie.

Arrivé à la fin de ce travail, je suis effrayé de la quantité de matériaux au milieu desquels j'ai dû chercher à me débrouiller, et du nombre de points intéressants que j'ai forcément laissés dans l'ombre. Mais, de même que je n'ai pas tout observé, je ne pouvais avoir la prétention de tout dire, et je me suis résigné à ne mettre en lumière que les faits qui m'ont le plus frappé.

En vous montrant que les malades guérissent aussi bien après le traitement des petites lésions qu'après celui des plus graves, à la condition qu'il ne s'agisse pas de lésions

trop petites pour justifier l'acte opératoire, je vous ai signalé le rôle qui revient à l'attention scrupuleuse et à la conscience du chirurgien dans le jugement de ces questions délicates et dans le choix d'une ligne de conduite ; et ainsi je me suis donné le droit de chanter à mon tour la louange de ces opérations modernes que beaucoup de médecins trouvent encore trop hardies, mais qui, tout compte fait, ne demandent de véritable hardiesse que dans les cas où un mal menaçant les impose.

DE LA TORSION DU COU DANS LA PRÉSENTATION DU SOMMET

Par Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité.

A la Maternité de Paris pendant les années 1889 et 1890, nous avons vu quelquefois le fœtus se dégager d'une si singulière façon, que nous pensâmes qu'il pourrait être intéressant d'étudier cette question et de publier le résultat de cette étude. C'est ce que nous faisons aujourd'hui.

Il s'agit, comme notre titre l'indique, de présentations du sommet dans lesquelles la tête exécute un mouvement de rotation sans que le tronc y participe ; celui-ci restant en place pendant que la tête tourne, il en résulte forcément la torsion du cou. Dans les cas observés par nous, voici comment le dégagement s'opéra : l'occiput vint toujours se dégager le premier à la partie supérieure d'une des branches ischio-pubiennes. Quant au menton, quelquefois il sortit un peu obliquement à la commissure antérieure du périnée. D'autres fois, après le dégagement du front on vit le reste de la face tourner brusquement dans la vulve, et le menton, reporté en haut, se dégager sous la symphyse des pubis, là, où l'occiput s'était dégagé quelques instants avant (1).

---

(1) Une observation semblable recueillie par M. BUDIN a été publiée dans la thèse inaugurale de M. Ribemont-Dessaignes. Paris, 1878.

Pour la sortie du tronc nous observâmes aussi deux dégagements différents. Dans certains cas après la sortie de la tête, le cou exécuta un mouvement de détorsion, puis les épaules tournèrent et le tronc fut expulsé comme dans le mécanisme normal de la présentation du sommet.

Dans d'autres cas le mouvement de détorsion n'eut pas lieu, les épaules ne tournèrent pas et, au moment du dégagement du tronc, les deux parties fœtales, tête et tronc, offraient entre elles les rapports suivants : la face était tournée vers la ligne médiane du dos du fœtus, et l'occiput répondait au plan antérieur.

La torsion du cou persistant pendant l'expulsion du tronc et permettant d'observer les rapports que nous venons d'indiquer, fut jugée par notre maître M. le professeur Tarnier comme un fait très rare, unique, peut-être? Il nous engagea à étudier cette question, à faire des recherches sur ce sujet, et à faire mouler le fœtus que nous lui présentions et qui venait d'être expulsé de la façon que nous venons de décrire, Ce fœtus était mort, macéré, avant terme. Nous avions d'abord pensé que ces conditions avaient dû faciliter ce mode de dégagement. Mais dans un autre cas nous vîmes le même fait se reproduire pour un fœtus à terme qui pesait 3470 gr. et qui n'était mort que pendant le travail.

Nous cherchâmes si, dans les ouvrages de Baudelocque, de Levret, des observations semblables avaient été relatées.

Nous ne trouvâmes rien. Delamotte et Mme Lachapelle s'étendent assez longuement sur les inconvénients de la mauvaise direction du tronc par rapport à la tête mais ils ne parlent pas de la façon dont s'est effectué le dégagement.

M. le professeur Tarnier, en étudiant la rotation artificielle de la tête, exécutée à l'aide du forceps fit, en 1864 (1) et 1872 (2), des recherches expérimentales ayant pour but de

(1) *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement*, par LENOIR MARC SÉE et TARNIER, 1865, p. 262.

(2) *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome XV, p. 383. Paris, 1872.

prouver l'innocuité de la rotation, lorsque le tronc ne suit pas le mouvement imprimé à la tête. Ces recherches sont absolument démonstratives, et je crois utile, pour le sujet que je traite, de les reproduire ici in extenso.

« Une application de forceps, faite dans les conditions « précédentes est parfois si laborieuse que quelques opéra- « teurs ont pensé qu'il serait préférable d'imprimer au for- « ceps un mouvement de rotation sur son axe, pour faire « tourner la tête dans le bassin comme elle tourne quelque- « fois elle-même tout spontanément ; ce mouvement artificiel « de rotation déplacerait l'occiput d'arrière en avant, en le « faisant passer d'abord sur l'un des côtés de l'excavation, « pour le ramener enfin derrière le pubis. Smellie est le « premier qui ait donné et exécuté ce conseil : mais l'exemple « qu'il avait donné ne fut pas suivi, car, après lui, Puzos, « Levret, Deleurye, A. Petit, Astruc, Solayrès, Baude- « locque, Herbiniaux, Capuron, Moreau, Naegelé, Chailly, « Cazeaux repoussèrent cette opinion comme dangereuse « pour le fœtus, à cause de la torsion exagérée que devait « éprouver le cou. La pratique de Smellie fut remise en « honneur par P. Dubois et Danyau, mais ces deux maîtres « ne l'adoptèrent que pour des cas exceptionnels ; leurs « élèves et leurs successeurs Jacquemier, Depaul, H. Blot, « Joulin, E. Bailly l'adoptèrent au contraire comme règle de « conduite générale, et j'ai soutenu moi-même la même « doctrine dans un livre d'accouchement publié en 1865. Cette « pratique a rencontré de nombreux adversaires, parmi les- « quels il faut citer aujourd'hui encore les professeurs Stoltz « et Pajot, Grenser, Hernyaux, Chassagny et surtout le doc- « teur Villeneuve (de Marseille).

« On lui reproche de faire exécuter à la tête plus d'un « quart de rotation pendant que le tronc est immobilisé par « le resserrement de l'utérus ; d'exposer, par conséquent, à « des lésions mortelles qui se produiraient dans la région « cervicale de la colonne vertébrale, au niveau de l'articula- « tion atloïdo-axoïdienne. Ces reproches sont plus théoriques

« que vrais ; on peut leur opposer plusieurs arguments :
« d'abord, il n'est pas démontré qu'en imprimant à la tête du
« fœtus plus d'un quart de rotation, on produira des lésions
« graves sur le rachis ; les observations où pareil accident
« serait arrivé font défaut ; il résulte, en outre, de nom-
« breuses expériences que j'ai faites sur des cadavres d'en-
« fants nouveau-nés, que, lorsqu'on fait exécuter à la tête
« une rotation d'un demi-cercle, et qu'on ramène le menton
« au niveau du dos, et par conséquent l'occiput au niveau du
« sternum, tout en maintenant les épaules immobiles ; ce
« mouvement ne se passe pas seulement dans l'articulation
« axoïdo-atloïdienne, mais dans toute la longueur de la
« région cervicale et d'une partie de la région dorsale dont
« les vertèbres se tordent en spirale. Cette expérience ne
« peut se faire qu'en déployant une grande force pour faire
« exécuter à la tête une rotation aussi étendue, et néanmoins
« une dissection minutieuse ne m'a révélé aucune lésion
« appréciable dans le rachis ou dans la moelle épinière.
« Mais, dira-t-on, si les vertèbres se tordent, le canal rachi-
« dien doit s'aplatir et comprimer la moelle épinière. Pour
« aller au devant de cette objection, j'ai institué d'autres
« expériences dans lesquelles je substituai à la moelle épi-
« nière une colonne liquide qui pouvait refluer dans un tube
« de verre placé à l'extérieur. Toute compression du canal
« rachidien faisait monter le liquide dans le tube ; or, en fai-
« sant exécuter à la tête une demi-rotation, le liquide restait
« immobile. Comme contre-épreuve, je fléchissais très for-
« tement la tête, et le liquide refluait aussitôt dans le tube.
« J'avoue que je ne m'attendais pas à ce dernier résultat,
« mais il m'a convaincu que la rotation exagérée expose
« moins à la compression de la moelle qu'une flexion aussi
« considérable que celle que l'on est obligé de produire pour
« dégager l'occiput en arrière, dans les positions occipito-
« postérieures. Il est bien entendu que, dans cette compa-
« raison, je n'ai en vue que la compression proprement dite
« du canal rachidien.

« D'autre part, ne voit-on pas chaque jour, dans l'accou« chement naturel, la rotation de la tête entraîner avec elle « la rotation du tronc, qui tourne dans la cavité utérine pen« dant que la tête tourne dans l'excavation ? La rotation de « la tête est quelquefois si facile que j'ai réussi à la produire « artificiellement avec un ou deux doigts, avec lesquels je « repoussais le front en arrière ; le professeur Hyernaux « (de Bruxelles), cite quelques faits du même genre qui lui « sont personnels. La plupart des accoucheurs belges con« seillent d'employer le levier pour repousser le front en « arrière ; ils ne craignent pas de produire la rotation artifi« cielle de la tête avec cet instrument, et, par une singulière « contradiction, ils repoussent l'emploi du forceps. Tous les « accoucheurs savent du reste que l'introduction d'une seule « branche du forceps suffit quelquefois pour ébranler la tête « et la faire tourner dans l'excavation.

« De tout ce qui précède, on doit conclure que le mouve« ment de rotation qu'on imprime à la tête, avec le forceps, « se communique au tronc, à moins de rétraction exagérée de « l'utérus ; qu'il n'est pas démontré d'autre part qu'une rota« tion de plus d'un quart de cercle soit dangereuse pour « l'enfant. Quelle que soit d'ailleurs la valeur de toutes ces « considérations, les faits cliniques ont prouvé que, dans « une position occipito-postérieure, on peut souvent ramener « l'occiput en avant et extraire un enfant vivant ; on en trou« vera la preuve dans le mémoire de Bailly et la thèse du « Dr Chantereau. »

Dans sa thèse de doctorat, M. Ribemont-Dessaignes a repris l'étude de cette question en pratiquant des coupes sur des fœtus congelés ; ces recherches ont confirmé de tous points, celles de M. Tarnier.

Avec les accoucheurs que nous venons de citer, nous croyons à la complète innocuité, au point de vue des lésions de la moelle, de ce mouvement de rotation, qu'il soit spontané ou artificiel. Mais, d'autres dangers menacent le fœtus, surtout lorsque la torsion s'est produite avant le travail ou à

son début, car alors, d'après nos observations, il meurt une fois sur deux. Nous dirons plus loin quelle est la cause de cette mortalité.

Trois fois sur cinq le travail fut plus long qu'il n'aurait dû être si le cou n'avait pas été tordu. Nous avons pensé que cette lenteur du travail devait être attribuée à la mauvaise direction de la contraction utérine, dont l'effet transmis par la colonne vertébrale à la base du crâne au lieu de diviser celle-ci, en deux bras de leviers inégaux comme dans les cas normaux, aboutit au contraire au milieu de cette base en un point qui la divise en deux bras de leviers égaux, c'est du moins ce qui semble ressortir des expériences que j'ai faites avec le concours de M. Gauthier, interne du service.

Expérience cadavérique sur la torsion du cou du fœtus.
(14 décembre 1890.)

Conditions de l'expérience. — Enfant extrait la veille par une version podalique, insufflé de midi à 11 h. du soir, moment où les battements du cœur ont cessé. — Né à terme, garçon, poids 2050 gr Longueur totale, 48 cent.

Du sommet à l'ombilic 26 cent.

Diamètres :
- O.-F. 11 cent.
- O.-M. 13 cent.
- B.-P. 7 cent. 1/2
- S.-O.-B. 8 cent. 1/2.

Le cadavre est maintenu dans un bain d'eau tiède pour éviter la congélation, vaincre la rigidité cadavérique et tâcher de donner aux tissus la souplesse qu'ils présentent pendant la vie.

Le fœtus étant intact on peut avec la plus grande aisance tordre le cou de façon à diriger la face du côté du dos et l'occiput du côté du plan antérieur du tronc.

Le cou ainsi tordu se trouve *raccourci* et décrit une *spirale* qui commence en bas vers la 3e ou la 4e vertèbre dorsale, d'autant plus bas que la torsion est plus prononcée.

La spirale est très allongée (ce qui expliquerait pourquoi la moelle ou les racines rachidiennes ne sont pas tiraillées). Il est impossible d'appliquer très exactement la face sur le dos. Le

mouvement de flexion est incomplet ; il est limité par le *raccourcissement* du cou. Par suite, si le fœtus s'engage dans ces conditions dans le canal pelvi-génital, ce n'est plus une circonférence S.-O.-B. qui se présente, mais bien une circonférence O.-F. ou une circonférence voisine.

Il est plus difficile encore de ramener l'occiput au contact du sternum, autrement dit de défléchir assez complètement la tête pour obtenir une présentation de la face. Dans ces conditions, l'engagement semblerait impossible, car la tête et la partie du thorax doivent descendre simultanément, et le volume de ces deux parties fœtales est supérieur à la capacité de l'excavation.

D'autre part, le cou étant raccourci n'est plus assez long pour permettre l'engagement du pôle céphalique, comme dans la présentation habituelle de la face.

L'*inclinaison latérale* de la tête sur les épaules est gênée dans une certaine mesure.

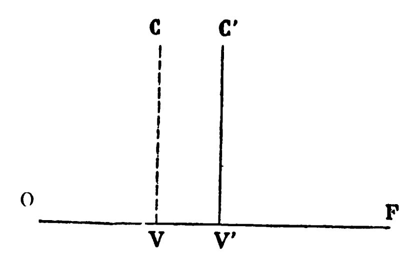
L'expérience est continuée de la manière suivante : Incision de la peau sur la ligne médiane, nous mettons à nu la colonne vertébrale depuis la partie moyenne du dos jusqu'au trou occipital et nous enlevons le cuir chevelu qui recouvre l'occipital et les pariétaux. On juge de plus près ce qui se passe dans le squelette pendant le mouvement de torsion du cou ; on voit mieux le degré de rotation de chaque pièce l'une sur l'autre. Nous ne pouvons donner de chiffres absolument exacts, mais sur l'arc de cercle de 180 degrés que décrit la tête par rapport au tronc dans les conditions où nous nous sommes placés, on peut dire, sans trop s'écarter de la réalité, que 90° sont représentés par la rotation de l'axis sur l'atlas et par la rotation des autres pièces de la colonne cervicale les unes sur les autres. D'après certains anatomistes l'axis tourne autour de l'atlas de 90° à 100°. D'après le professeur Sappey ce mouvement ne serait que de 60° chez l'adulte. Autre constatation importante à noter : pendant la torsion l'atlas glisse d'arrière en avant sur l'occipital. Ce glissement peut avoir une étendue d'un demi-centimètre. La partie postérieure du trou occipital devient accessible au doigt. Ce mouvement de translation est intimement lié au mouvement de rotation ; il est surtout marqué du côté opposé à celui ou se fait la torsion. Donc l'inégalité de bras de levier du diamètre O.-M. se trouve ainsi compensée dans une certaine mesure ; la tendance à la flexion se trouvant

d'autant diminuée. Il est facile de se rendre compte aussi que les vertèbres en même temps qu'elles tournent les unes sur les autres se rapprochent ; il y a une sorte de tassement qui a pour effet de produire le *raccourcissement* dont nous avons déjà parlé, de plus, les diverses pièces sont *immobilisées* d'une façon relative, d'où la *rigidité* également *relative* de la colonne cervicale sur laquelle nous avons insisté.

La rigidité de la colonne cervicale, du fait de la torsion, entraîne, comme conséquence, l'impossibilité pour la tête d'une flexion ou d'une déflexion complètes.

La tête affecte par rapport à la colonne vertébrale une position intermédiaire : ce n'est, par suite, ni une circonférence S.-O.-B. ni une circonférence S.-M.-B. qui se présente dans l'axe pelvi-génital, mais bien une circonférence O.-F.

On admet que dans l'accouchement normal par le sommet, la tête se fléchit parce que le trou occipital sur lequel s'appuie la colonne vertébrale C V divise la base du crâne O F en deux bras de leviers inégaux O V le plus court, V F le plus long, quand la tête vient appuyer sur les parties maternelles, la compression sur le bras de levier V F est plus grande que celle



qui se fait sur le bras de levier O V—V F remonte O V s'abaisse, ce qui revient à dire que la tête se fléchit. Avec le mouvement de translation de V en V' que nous avons décrit, la colonne vertébrale vient s'appuyer sur la base du crâne en V et celle-ci est partagée en deux bras de leviers sensiblement égaux O V' et V'F. La compression des parties maternelles étant égale des deux côtés, la tête reste en équilibre, sans se fléchir ni se défléchir. Il en résulte une présentation intermédiaire entre celle du sommet et celle de la face, c'est, somme toute, une présentation du vertex (1)

(1) Voir planche XXIX de l'Atlas de M. Ribemont-Dessaignes.

De plus, le nouveau rapport de la colonne vertébrale avec la tête est tel que celle-ci ne peut ni se fléchir, ni se défléchir complètement et qu'elle descend dans l'excavation péniblement poussée, présentant sa circonférence occipito-frontale au lieu de la circonférence sous occipito-bregmatique.

On verra dans les cinq observations que nous publions que trois fœtus naquirent morts. Le premier était macéré. Au point de vue du pronostic nous l'éliminons. Mais les quatre autres étaient vivants au début du travail. Deux moururent l'un par suite de la compression du cordon qui faisait procidence, l'autre par suite de la lenteur du travail. Les deux autres chez lesquels le cordon n'était pas prolabé et pour lesquels le travail marcha assez rapidement, naquirent en bon état.

Nous croyons que la torsion du cou en gênant l'accommodation de la tête avec le segment inférieur de l'utérus favorise la descente du cordon.

Nous avons cherché les causes de la torsion du cou. Nous ne trouvons à invoquer que l'irrégularité des contractions utérines, quoique nous n'ayons pas pu la constater d'une façon très nette.

Trois fois sur cinq, nous avons pu établir le diagnostic de cette anomalie. Du reste, rien n'est plus aisé, lorsque le palper et le toucher sont faciles à pratiquer. En effet, quand on trouve le dos d'un côté et la fontanelle postérieure du côté opposé, on peut affirmer, sans hésiter, que le cou est tordu.

Pour la mère le pronostic est favorable. Pourtant, elle est exposée aux manœuvres nécessaires, soit pour réduire une procidence, soit pour abréger un travail trop long.

Pour le fœtus le pronostic est assez grave, puisque sur quatre observations d'enfants vivants, au début du travail, deux moururent. Nous pensons que lorsque le mouvement de torsion se produit au cours du travail, la tête étant assez basse, le pronostic est moins fâcheux. Mais s'il s'effectue avant ou au début du travail, la tête restant élevée, on est en droit de redouter une procidence du cordon, qui peut

entraîner la mort du fœtus. Dans ces conditions, nous croyons qu'il y aurait peut-être avantage à essayer de transformer la présentation céphalique en présentation pelvienne.

La détorsion du cou nous semble très difficile à pratiquer.

Observation I

La nommée Hautermann, âgée de 31 ans, est entrée à la Maternité le 22 février 1889, à une heure du soir. Elle est enceinte pour la troisième fois ; ses deux premières grossesses n'ont rien offert de particulier ; elles se sont terminées à terme par la naissance de deux garçons vivants ayant présenté le sommet.

La grossesse actuelle semble être arrivée, d'après la dernière époque menstruelle, au terme de 6 mois 3 semaines. Elle a été accompagnée de nausées, vomissements, céphalalgie et douleurs abdominales. Ces dernières ont duré pendant toute la gestation, mais sans l'empêcher de travailler, excepté la veille de son entrée à la Maternité, c'est-à-dire le 21 février. Ce jour-là la malade très fatiguée, souffrant dans le ventre, mais pas pour accoucher, dit-elle, fut prise d'un frisson. Ce n'est que le 22, vers 3 heures du matin, que les contractions utérines débutèrent, très douloureuses dès le début.

A son arrivée à la Maternité, le 22 février 1889, à 1 heure 15 du soir, l'examen obstétrical fit reconnaître que le ventre était d'une sensibilité extrême, surtout à droite de la région sous-ombilicale L'utérus remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le palper était si douloureux qu'il ne fournit aucun renseignement au point de vue de la présentation.

Le toucher vaginal n'était pas douloureux ; on trouva le col encore long, assez ferme, échancré aux deux commissures, ouvert jusqu'à l'orifice interne. Le bassin était vicié, le promontoire était accessible. Aucune partie fœtale n'était appréciable.

Pulsations, 120 ;

Température, 38°.

La malade était assez agitée et se plaignait constamment. On lui fit une piqûre hypodermique de 5 *gouttes d'une solution de morphine* (1), et on lui donna dans la journée une potion contenant 3 grammes de chloral.

---

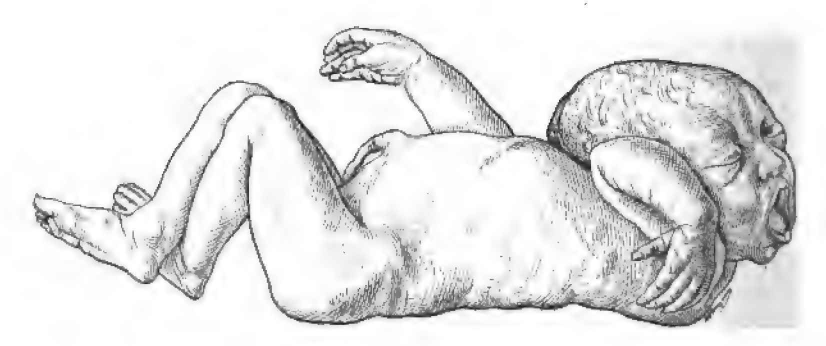
(1) Eau.. 100 gr.
Chlorhydrate de morphine................................ 1 gr.

Les douleurs ne cessèrent pas ; elles semblèrent, au contraire, augmenter. La température s'éleva, elle atteignit 39°, 40°. De neuf heures à dix heures du soir, la malade eut trois vomissements verts assez abondants.

A dix heures, le col avait encore une certaine longueur (2 cent environ), mais il était plus largement ouvert inférieurement. L'orifice interne était d'une rigidité extraordinaire ; les contractions utérines étaient permanentes mais peu énergiques. On donna à la malade un lavement avec 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Les douleurs persistèrent jusque vers minuit, puis elles se calmèrent pendant 2 heures environ, après l'application d'un large cataplasme sur l'abdomen.

La malade dormit jusqu'à 2 heures ; à ce moment les contractions revinrent aussi douloureuses qu'auparavant. A 7 heures du matin, les membranes se rompirent spontanément ; il s'écoula peu de liquide amniotique.

On examina et on trouva dans le vagin le membre supérieur gauche qui était en arrière et à droite, le cordon ombilical était aussi prolabé et sans battement. Un peu au-dessous, on trouvait une partie de la face inclinée, le nez était tourné en avant a gau-



che. L'orifice utérin était dilaté comme une pièce de 2 francs ; la dilatation se fit rapidement et bientôt elle eut les dimensions d'une petite paume de main.

En suivant le bras, le doigt explorateur arrivait sur l'omoplate qui, par la situation qu'elle occupait en avant et à gauche, fut mal diagnostiquée. On repoussa l'épaule, le membre prolabé remonta et sous l'influence des efforts faits par la parturiente, la tête défléchie et le haut du thorax sortirent en même temps des organes génitaux.

L'expulsion complète du fœtus eut lieu à 8 h. 30 du matin le 23 février 1889. Immédiatement après sa sortie on vit que l'enfant présentait une torsion du cou si accusée que la face se trouvait du même côté que le dos et que la partie postérieure de la tête appuyait sur la partie supérieure et antérieure de la poitrine. (Le fœtus a été moulé, voyez figure.)

La délivrance se fit spontanément, 1 heure après l'accouchement. La malade eut, avant la délivrance, un frisson qui dura 10 minutes. Pouls, 120 ; température, 40°. Dans la journée qui suivit l'accouchement l'état de l'accouchée s'aggrava rapidement ; le ventre se ballonna, P. 160 ; T. 39°,8, facies péritonitique.

La malade mise dans une salle d'isolement y mourut le 25 février au matin.

Enfant mort et légèrement macéré.

Observation II

Brisson, veuve Flon, primipare à terme. Bassin normal, 27 ans, entra à la Maternité le 21 juillet 1889, se disant en travail depuis le 19 juillet à 10 heures du soir. Les contractions utérines étaient fréquentes, l'orifice utérin presque complètement dilaté, la tête était dans l'aire du détroit supérieur, une énorme bosse séro-sanguine masquait les sutures et les fontanelles et empêchait de reconnaître la position. Les membranes étaient rompues depuis le 20 juillet 1889 à 9 heures du matin. Le dos était à droite, le maximum des battements du cœur du fœtus s'entendait en avant et un peu à gauche.

La dilatation fut complète le 21 juillet à 7 h. 1/2 soir. La tête resta élevée, les battements du cœur du fœtus se modifièrent, on fit une application de forceps, d'après la situation du dos, à droite, et du point, où on entendait le maximum des battements du cœur du fœtus, en avant et un peu à gauche, on avait diagnostiqué une présentation du sommet et O.I.D.A. En appliquant la première branche de forceps, on vit que la face était à droite, du même côté que le dos ; et que l'occiput était à gauche, et regardant du même côté que le plan antérieur du fœtus. Il ne fut pas possible de faire tourner la tête. Et pendant l'extraction on vit que celle-ci avait gardé avec le tronc les rapports que nous venons de dcrirée plus haut, le fœtus fut extrait mort et pesait 4010 gr. il était du sexe

féminin. Dans ce cas c'est à la lenteur du travail que nous attribuons la mort de l'enfant.

Délivrance naturelle.

Suites de couches compliquées d'élévation de température et de douleurs abdominales qui cessèrent, heureusement, ce qui permit à la malade de quitter la maternité dans de bonnes conditions.

Observation III

La nommée Nocart, multipare (7e grossesse), journalière, bien portante, règles irrégulières. Vint à la consultation de la maternité le 26 décembre 1889, à 2 heures du soir. Elle était enceinte de 9 mois, et présentait un début de travail.

La grossesse avait évolué normalement.

Bassin vicié dans le sens antéro-postérieur, diamètre P. sous-P. 10 cent. 5. La tête du fœtus était à l'hypogastre; elle occupait l'aire du détroit supérieur ; le dos était à gauche, le siège au fond de l'utérus et à droite.

Le sommet se présentait ; la fontanelle postérieure était à droite et en avant ; le dos étant à gauche on diagnostiqua la torsion du cou. Le maximum des battements du cœur s'entendait à gauche et en avant.

L'orifice utérin était à peine dilaté, assez ferme ; les membranes bombaient. Les contractions utérines étaient assez fréquentes, mais peu énergiques.

A 8 heures du soir rupture spontanée des membranes, procidence du cordon.

La rétropulsion fut faite, mais pendant les tentatives de réduction les battements du cœur se modifièrent profondément; à 9 heures ils cessèrent complètement.

Les contractions devinrent plus énergiques, poussèrent la tête dans l'excavation ; les os du crâne chevauchèrent fortement. A 4 heures du matin la dilatation était complète. L'occiput vint se mettre en rapport avec la partie supérieure de la branche ischio-pubienne droite et le dos sortit à gauche ; la face regardait du même côté, la torsion du cou avait persisté pendant tout le travail. Le fœtus (garçon) naquit mort ; il pesait 3470 gr.

La délivrance et les suites de couches furent naturelles.

Observation IV

La nommée Jacquier, primipare (20 ans), domestique, bien conformée et bien portante fut reçue à la Maternité le 14 novembre 1890 en travail d'accouchement prématuré, terme 8 mois environ, l'orifice utérin était dilaté comme une pièce de deux francs, les membranes entières. La tête était basse et se présentait dans une situation intermédiaire entre le sommet et la face. On parcourait en touchant une partie du sommet allant de la suture bipariétale au front et une partie de la face allant du front aux yeux. La fontanelle antérieure était presque au centre du bassin, les yeux à droite en arrière. Le dos était à droite, le maximum des battements du cœur s'entendait du même côté, ces signes nettement obtenus (dos à droite face regardant du même côté), firent établir le diagnostic de torsion du cou. Les membranes se rompirent à la dilatation complète ; il s'écoula peu de liquide, les contractions très énergiques poussèrent rapidement la tête dans la vulve, l'occiput se dégagea à la partie supérieure de la branche ischio-pubienne gauche, le bregma, le front, les yeux se dégagèrent facilement. Le nez, la bouche et le menton étant encore dans les parties génitales, on vit la tête tourner rapidement de droite à gauche dans la vulve et le menton se dégager sous le ligament triangulaire.

Le fœtus était vivant, du sexe féminin ; il pesait 2450 gr. Le travail avait duré 7 heures. La délivrance eût lieu 1/4 d'heure après la sortie de l'enfant.

Les suites de couches furent normales. L'enfant fut allaité par sa mère. Tous deux partirent en très bon état 12 jours après l'accouchement.

Observation V

Leroux, secondipare, 26 ans, est admise à la Maternité le 25 novembre 1890. Le 10 décembre, elle entre en travail. Elle vient à la salle Lachapelle à 7 heures matin. Elle est arrivée au terme de sa grossesse. Le fœtus est vivant. Le dos est à droite. On entend le maximum des battements du cœur du même côté. Le col est dilaté comme une pièce de 2 fr., les membranes sont entières, le bassin est vicié ; le diamètre P. sous-P. mesure 10 cent. 1/2 ; cette mensuration a été faite à l'arrivée de cette femme dans la maison ; au moment où elle est en travail la tête est basse, le sommet se pré-

sente, l'occiput est à gauche et en avant. Rappelons que le dos est à droite. A 10 heures matin la dilatation est complète, les membranes se rompent, 1/2 heure plus tard la tête est expulsée. L'occiput répondant à la partie supérieure de la branche ischio-pubienne gauche ; le menton à la partie inférieure de la branche ischio-pubienne droite ; sans qu'on fit aucune manœuvre on vit la tête exécuter un grand mouvement de détorsion qui ramena l'occiput directement à droite, après avoir passé devant la symphyse pubienne, pendant que la face se portait en arrière puis à gauche. L'expulsion du tronc se fit normalement. L'enfant (garçon) naquit vivant ; il pesait 2650 gr.

Délivrance naturelle.

Suites de couches normales. Mère et enfant sont partis en bon état.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

La cinquième session du Congrès français de chirurgie s'est ouverte le lundi 30 mars sous la présidence de M. le professeur Guyon.

Nous consacrons presque entièrement ce numéro au compte rendu des communications intéressant la gynécologie.

Des résultats éloignés de l'extirpation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.

(*Question à l'ordre du jour du Congrès.*)

Sir Spencer Wells (de Londres). — Dans une courte note, M. Spencer Wells reconnaît les heureux résultats fournis par l'ablation des annexes ; il est aujourd'hui prouvé que beaucoup de femmes doivent à cette opération leur retour à la santé ; quelques-unes même ont pu accoucher heureusement.

Les résultats personnels de l'auteur sont excellents, mais il proteste contre l'abus fait de l'oophorectomie pour les affections non néoplasiques, et cette conviction est appuyée par Battey dans une lettre récente adressée à l'auteur.

En dehors des cas de métrorrhagies graves on a pratiqué l'oophorectomie contre des pertes qui n'ont pas cessé et ont pu continuer à être douloureuses. Enfin dans certains cas, les salpingites guérissent sans opération.

Dr LAWSON TAIT (de Birmingham). Voir plus haut, page 24, le compte rendu de cette communication.

M. JACOBS (de Bruxelles). — Depuis la fin de l'année 1888 jusqu'à la fin de 1890, j'ai opéré 58 malades, dont 9 pour affection unilatérale des annexes, et j'ai obtenu 54 guérisons opératoires. Pour les résultats éloignés, je trouve : sur 7 interventions pour salpingites suppurées bilatérales, 7 malades jouissent actuellement d'une excellente santé, trois d'entre elles éprouvent cependant de légères douleurs abdominales, au moment des règles. De mes deux opérées de salpingite suppurée unilatérale, l'une est devenue enceinte depuis l'opération et a accouché à terme. 23 malades ont été opérées pour salpingite catarrhale ; chez 19 l'affection était bilatérale, ces 19 femmes sont guéries ou améliorées, sauf une seule qui souffre plus qu'avant l'opération ; des 4 femmes opérées pour des lésions unilatérales, deux sont devenues enceintes depuis l'intervention et une antre a dû subir plus tard l'ablation du second ovaire devenu malade.

Dans quelques cas, la rétroversion utérine s'est produite quelque temps après l'opération ; aussi, je pratique souvent l'hystéropexie, après la castration.

Mes 3 cas d'ablation des annexes pour hématosalpinx ont été suivis d'excellents résultats.

En résumé, sur 31 opérées suivies, je relève 24 guérisons complètes, 2 récidives, 4 cas suivis d'accidents, et 1 cas suivi de douleurs violentes.

Les interventions pour ovarite et pour dégénérescenee kystique ont été toutes couronnées de succès. Enfin une castration pour fibrome inopérable a eu pour résultat de diminuer les métrorrhagies et de les rendre périodiques.

Nous concluons donc :

1° Les résultats éloignés sont très favorables dans l'ablation des annexes pour suppurations ;

2° Pour les affections catarrhales, surtout celles de petit volume, ces résultats sont moins bons ;

3° Chez les femmes nerveuses, la castration apporte rarement des modifications heureuses.

LE DENTU (de Paris). — Sur les 34 cas qui constituent ma statistique personnelle, je ne compte qu'une mort due à ce que la portion la plus interne de la trompe, rompue au moment de l'extirpation, ne s'est pas trouvée comprise dans la ligature; une péritonite septique s'en est suivie.

Plusieurs de mes opérées sont encore dans mon service. Il en est de franchement convalescentes, d'autres y sont retenues par des incidents post-opératoires, l'une par une péritonite chronique de nature probablement tuberculeuse, une seconde par une fistule vagino-hypogastrique résultant de la suppuration de cul-de-sac de Douglas après la laparotomie. Une 3e malade a eu un abcès stercoral du petit bassin actuellement en voie de guérison. Toutes trois portaient de volumineuses collections purulentes des trompes.

Plusieurs de mes opérées éprouvent encore par moments quelques douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, mais la majorité se félicitent du résultat obtenu.

Il me sera facile de montrer par quelques exemples que la persistance de l'état douloureux ne tient pas à une cause unique, mais pour cela il me faut tout d'abord rappeler brièvement les causes de cet état douloureux avant l'intervention.

Chez certaines femmes les douleurs sont occasionnées et entretenues par de la névralgie hystérique; chez d'autres par la dégénérescence polykystique des ovaires sans salpingite concomitante, ou par de la salpingo-ovarite exsudative aboutissant à la formation d'adhérences des annexes aux parties voisines, par des adhérences très étendues se rattachant à une ancienne péritonite ou à une hématocèle rétro-utérine, par une salpingite suppurative.

Dans tous ces cas, l'opération est indiquée ; elle est nécessaire. Les résultats définitifs varient en raison des circonstances multiples qui rendent la situation ante-opératoire très complexes : ancienneté des accidents, étendue des adhérences, état névropathique. Cette dernière circonstance a une telle importance que le pronostic de l'intervention ne peut être établi d'une façon absolument certaine si la prédominance du système nerveux s'est accusée considérablement pendant les mois ou les années qui ont précédé l'intervention chirurgicale.

La simplicité des lésions, propre en apparence à légitimer l'optimisme, ménage à cet égard de fâcheuses déceptions. Telle femme qui ne présentait que des lésions peu accentuées des annexes n'ob-

tient de l'opération qu'un bénéfice peu accusé ou nul, tandis que telle autre, qui portait de graves lésions, se rétablit très vite et cesse rapidement de souffrir.

Parfois, la métrite initiale suit son cours; ce serait là un argument en faveur de l'hystérectomie de Péan avec ablation des annexes par le vagin, mais il est rare de voir d'emblée des lésions utérines profondes. Il est vrai que ces lésions peuvent s'accentuer peu à peu après l'extirpation des annexes. Il est alors indiqué de recourir au curettage, à l'amputation du col, et même à l'extirpation totale.

J'ai pratiqué celle-ci dans un cas, et j'ai eu une hémorrhagie grave dont la malade se remit, une fistule de l'uretère gauche et une petite fistule stercorale du côté droit du vagin.

La prolongation des douleurs est quelques fois due à ce qu'une petite portion de trompe, laissée en place, s'est dilatée de nouveau. J'ai observé ce fait 3 fois.

OBS. I. — En juin 1890, je vois une dame de 36 ans, laparotomisée en 1888 par un de mes collègues. Quelque temps après l'opération elle eut un abcès, qui se serait ouvert dans l'utérus.

Douleurs intenses dans le côté gauche du ventre revenant par crises d'une extrême fréquence avec irradiations réflexes dans la face et le membre supérieur. Au point le plus douloureux on sentait dans le petit bassin une tumeur du volume d'un très petit œuf de poule.

Après consultation avec le professeur Duplay, dilatation utérine par les laminaires et les éponges, maintenue par des tamponnements de gaze iodoformée. Au bout de 15 jours s'écoule brusquement une quantité de sang très noir; la malade est soulagée. Guérison maintenue depuis ; la malade ne ressent plus que de temps en temps quelques douleurs peu intenses.

OBS. II. — Mad. X..., 41 ans, opérée par moi en septembre 1889. Douleurs persistantes.

En novembre 1890, dilatation utérine ; un jour s'écoule une petite quantité de liquide muco-sanguinolent ; à partir de ce moment la malade va bien sauf quelques petites douleurs de temps à autre.

OBS. III. — D..., 23 ans, opérée à Beaujon en mars 1890. Hydrosalpinx. Revue le 15 mars 1891. Tronçon de trompe de 2 à 3 cent. dilaté à droite ; à gauche, petit prolongemeut de 1 cent.

Conclusion. — Le moindre tronçon de trompe laissé dans le ventre peut se dilater à son tour et devenir le siège d'un hydrosalpinx douloureux.

Il importe donc de faire l'extirpation aussi complète que possible en posant la ligature au ras de l'utérus, ce qui n'est pas toujours facile étant données les adhérences qui rendent parfois malaisée la pédiculisation du ligament large.

Pour combattre cet hydrosalpinx secondaire, la dilatation utérine lente, graduelle et maintenue longtemps peut suffire, mais à la condition d'être poussée aussi loin que possible au moyen d'éponges cylindriques, et non coniques, préparées à la ficelle et non à la cire.

Les résultats ainsi obtenus sont durables, ainsi qu'il appert des deux cas relatés plus haut.

M. Terrillon (de Paris). — J'ai divisé ma communication en deux parties. Dans l'une, je vous donnerai les résultats de ma pratique jusqu'à ce jour et, autant que possible, les résultats éloignés: dans l'autre, je vous parlerai de trois cas analogues à ceux de M. Le Dentu. ayant présenté des accidents assez bizarres après l'ablation des annexes.

J'ai fait actuellement 140 opérations pour ablation des annexes; 20 de ces opérations ont été faites par M. Chaput dans mon service à la Salpêtrière, mais je les compte dans ma statistique.

Ces cas se divisent de la façon suivante :

82 pour salpingites parenchymateuses catarrhales, blennorrhagiques, ou d'autre origine;

36 pour salpingites purulentes, le pus étant soit dans la trompe, soit dans l'ovaire ;

10 pour hématosalpinx ;

8 pour salpingites tuberculeuses;

4 pour hydrosalpinx.

Les résultats immédiats donnent la mortalité suivante:

9 morts sur 140 cas.

Je vous dirai que cette mortalité a été plus élevée au début de mes opérations à cause de mon inexpérience et que j'espère la diminuer.

Mais, d'après la question posée par le Congrès, je devrais vous donner surtout les résultats éloignés de mes opérations. Malheureusement, 90 de mes observations ont été déjà publiées dans un livre que j'ai fait paraître sur les *Ovarites et salpingites* et j'ai donné dans ce livre le résultat de ces 90 opérations. Cette série finit au mois d'août dernier.

Les 50 dernières opérations datent par conséquent du mois d'août et se terminent ces jours-ci.

Dans les 90 premières, j'ai pu donner les résultats définitifs, j'ai vu les malades et je les ai suivies, tandis que depuis le mois d'août dernier je ne puis donner que le résultat opératoire sans pouvoir parler des malades.

Que sont devenues les 90 malades opérées avant le mois d'août dernier ?

Sur ces 90 malades, j'ai eu 4 morts, mais j'ai actuellement 74 malades absolument guéries, c'est-à-dire qui ont bénéficié de toutes façons de cette opération complète et qui actuellement sont absolument bien portantes; 12 malades de cette même série ont encore des accidents, mais bénins; elles ont repris leur vie habituelle, mais elles ont des règles qui ont persisté avec douleurs, ou des douleurs de ventre ou des phénomènes douloureux du côté de la vessie, mais en somme elles sont bien améliorées; 4 opérées sont encore malades, c'est-à-dire qu'elles ont des lésions persistantes dans le voisinage des annexes pour lesquelles je n'ai pas fait d'opération complémentaire; 1 malade qui était tuberculeuse à été guérie pendant un an et, actuellement, elle est rentrée dans mon service avec une péritonite tuberculeuse.

Mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est que trois de ces femmes ont eu des grossesses parce que je n'ai opéré qu'un côté, l'autre paraissant bon. Le cas de l'une d'elles est très intéressant : il s'agit d'une femme ayant une salpingite tuberculeuse, une des trompes était grosse comme le pouce, l'ovaire était rempli de pus et se rompit pendant l'opération ; on fut obligé de faire le lavage du péritoine, les annexes de l'autre côté étant saines furent laissées en place. La malade guérit. L'opération date de deux ans. Cette femme est devenue enceinte et elle est rentrée dans mon service pour y accoucher il y a trois mois.

Voilà les résultats de 90 opérations sur lesquelles j'ai des renseignements précis.

Quant aux autres, j'ai eu 4 morts, mais je ne puis pas donner de résultats définitifs par une bonne raison, c'est que ces malades n'ont pas été suivies assez longtemps et je crois que ce serait illusoire. Ma communication portera principalement sur cette complication bizarre que j'ai trouvée trois fois et dont M. Le Dentu a parlé. Dans un premier cas qui s'est présenté à moi il y a un an

il s'agit d'une femme opérée de salpingite catarrhale double avec adhérences et pédicule facile à lier. Elle sortit de la Salpêtrière bien portante et, trois mois et demi après, elle revint ayant eu depuis quelques jours seulement des phénomènes douloureux dans le ventre avec fièvre et température assez élevée — 40° un soir. — Je l'examinai avec soin et je trouvai du côté gauche du ventre une tuméfaction plus grosse que le poing, s'appliquant sur la paroi abdominale et très douloureuse. Par le toucher, je trouvai la même masse sur les côtés de l'utérus et du vagin. Je fis une ponction à travers la paroi abdominale, elle donna issue à 324 grammes de liquide séreux, légèrement coloré en jaune, comme du liquide ascitique. L'analyse de ce liquide révéla la présence de l'albumine et de la fibrine, c'était par conséquent du liquide inflammatoire, sans trace de microbes ni de pus.

La ponction soulagea immédiatement la malade qui depuis est restée absolument guérie.

Voilà donc un cas dans lequel il s'est fait dans le ventre à côté de l'utérus, un épanchement de 324 grammes de liquide légèrement inflammatoire qui a disparu par une simple ponction.

En décembre dernier, je fis à peu près la même opération pour une salpingite double. La malade sortit après la troisième semaine et quinze jours après elle rentra avec les mêmes phénomènes que la première. La tumeur était plus profondément située, s'avançant davantage dans le vagin. Je fis par le vagin une ponction avec l'aspirateur Potain et je retirai à peu près le même liquide (300 grammes environ), ayant la même composition chimique. La malade fut immédiatement soulagée et elle est sortie de mon service. Cependant, elle souffre encore un peu, car elle est venue me voir, mais on ne trouve plus rien d'appréciable dans la région où j'avais constaté l'existence de cette collection liquide que la ponction a fait disparaître.

Voici un autre fait qui est encore plus extraordinaire : j'ai opéré une malade par la méthode de Péan pour suppuration très ancienne des deux côtés du bassin, j'ai enlevé l'utérus en totalité, vidé la poche et la malade a guéri. Du moins, tout s'est passé normalement et actuellement, il y a cinq semaines que la malade est opérée, on trouve dans le fond du cul-de-sac vaginal une oblitération, c'est-à-dire cicatrisation complète. Il y a huit jours, elle a présenté les mêmes phénomènes : élévation de température brusque, douleur

violente dans le ventre. Elle présente à droite une poche que j'ai ponctionnée par la voie abdominale et qui a donné 375 gram. de liquide identique aux précédents.

En présence de ces faits je me suis demandé quelle en pouvait être l'explication. Comme M. Le Dentu, je pense qu'il s'agissait d'un moignon de la trompe qui se serait rempli de liquide. Cependant, il peut y avoir discussion sur ce point car le liquide n'est pas kystique mais inflammatoire puisqu'il contenait des fausses membranes.

Ce que je voulais vous montrer, ce sont ces accidents bizarres qui ne paraissent pas dangereux mais qui donnent lieu à l'apparence d'un abcès du bassin, abcès qui disparait par une simple ponction.

M. Bouilly (de Paris). En réponse à la question posée par le comité du congrès, j'aurai peu de chose à dire car j'ai fait la réponse au congrès international. Je ne pourrai donc que répéter les conclusions que j'ai formulées à ce moment-là, d'autant plus que les nouveaux faits que j'ai observés n'ont fait que les confirmer.

J'ai dit et je répète que les résultats fournis par l'ablation des annexes malades sont excellents dans les cas où l'indication est fournie formellement par la présence et la nature bien déterminée d'une lésion. Il faut placer en première ligne les pyosalpingites et les ovarites suppurées ; et, en deuxième ligne, les ovarites, et péri-ovarites douloureuses qui donnent également de bons résultats. J'ai fait au congrès international des réserves sur les résultats fournis par l'ablation dans les salpingites catarrhales et interstitielles et enfin j'avais formulé la prescription de l'opération pour les accidents nerveux hystériques ou hystériformes.

Aujourd'hui, je laisse ce côté de la question à part et je veux traiter ce point : les insuccès thérapeutiques et leur cause après l'ablation des annexes.

Les résultats d'une façon générale sont assez beaux et les opérations sont assez riches en succès pour qu'on puisse sans leur faire tort raconter quelques-uns de ces insuccès pour les perfectionner dans l'avenir. Les faits auxquels je faisais allusion étaient au nombre de 45, ils sont maintenant au nombre de 70. Ils n'ont pas sensiblement modifié mes conclusions générales, mais ils m'ont permis de mieux rechercher qu'elles étaient les causes de ces nsuccès.

On peut classer ces insuccès ou accidents tardifs après l'ablation des annexes en trois catégories :

1° Poussées péritonéales récidivantes.

2° Douleurs persistantes plus ou moins tenaces (permanentes ou passagères).

3° Écoulements se faisant par l'utérus, muqueux, muco-purulents ou hémorrhagiques.

Je vais examiner chacune de ces catégories successivement.

Les *poussées péritonéales pourront se reproduire après l'ablation des annexes :* dans deux cas d'ablation bilatérale pour affection suppurée, six mois après il y eut dans l'un une véritable péritonite subaiguë et nous eûmes une certaine inquiétude. Je pensais à une hématocèle car on constatait dans le ventre la présence d'une tuméfaction abdominale, vaginale se produisant avec une abondante hémorrhagie qui fut, du reste, la dernière apparition des règles. Après un mois de repos tout disparut. Dans l'autre cas de péritonite subaiguë observé longtemps après la laparotomie les choses se passèrent de la manière suivante : il s'agit d'une malade opérée d'un seul côté au mois de janvier 1887 et revenue en septembre 1889, dix-huit mois après l'opération avec péritonite subaiguë et abcès qui se rouvrit au bas de la cicatrice. En relisant les détails de l'observation, je constatai que j'avais fait l'opération d'un seul côté et il est vraisemblable que ce sont ces annexes qui ont été la cause de la poussée péritonéale.

J'insisterai davantage sur la *persistance ou le retour des douleurs* après l'opération. C'est un accident noté par un certain nombre d'opérateurs, pénible pour les malades et le chirurgien puisqu'il laisse les malades dans l'état de demi-invalides, ce qui leur fait croire qu'elles ont subi une opération inutile. J'ai observé cet accident dans des conditions un peu différentes : chez une malade opérée en 1887 il y eut retour périodique des douleurs se manifestant d'une façon absolument régulière quinze jours après les règles pour aller jusqu'au moment des règles, douleurs ayant le même caractère que celles ayant précédé l'opération, avec légère tuméfaction d'un des culs-de-sac. Je patientai pendant quatre ans et la malade suivit tous les traitements usités en pareil cas : Plombières, etc. et l'année dernière, sur ses instances, après constatation de la tumeur, je lui fis une seconde laparotomie. Je m'attendais à trouver une trompe kystique dilatée par des produits de nouvelle formation. Je trouvai une petite hématocèle enkystée sur le bord droit de l'utérus. Mon doigt déchira les fausses membranes, je pus

enlever quelques lambeaux membraniformes et tout rentra dans l'ordre. La malade n'a plus de troubles, de douleurs, la menstruation a diminué et l'état général est bon.

J'ai observé deux autres cas douloureux qui constituent un insuccès pour l'opération : il s'agit de deux femmes opérées pour salpingite catarrhale et interstitielle, les trompes étant de petit volume avec adhérences nombreuses, cas dans lesquels l'ablation des annexes est particulièrement laborieuse. Dans l'un de ces cas, il y avait eu ablation incomplète car je lis dans les détails de l'opération que celle-ci avait été difficile, l'ovaire avait été déchiqueté et la trompe enlevée en plusieurs fois. Par conséquent, je crois que c'est l'ablation incomplète qui est la cause des accidents.

Je crois donc qu'il faut ou résister à l'opération ou la faire avec tout le raffinement de la technique opératoire afin de ne rien laisser dans le ventre car ce sont les débris des annexes qui sont la cause des accidents.

Dans d'autres cas comparables où l'ablation a été complète, mieux faite, les douleurs disparaissent absolument et c'est une des opérations qui donne lieu aux guérisons les plus rapides et les plus solides.

Un autre cas d'insuccès partiel de l'ablation des annexes est fourni par le *retour d'écoulements muqueux, muco-purulents ou hémorrhagiques*. Trois fois j'ai fait le curettage dans ces cas et dans l'un il s'agissait d'une hémorrhagie assez abondante pour inquiéter. Je ne saurais expliquer cette persistance par autre chose que par un mauvais état de la muqueuse utérine puisque dans ces trois cas j'ai vu cesser l'écoulement par le traitement de l'endométrite catarrhale après curettage de la muqueuse utérine et abrasion de la muqueuse utérine presque en totalité.

Une fois j'ai eu affaire à des métrorrhagies dont la cause m'est restée inconnue. Ces métrorrhagies ont persisté pendant six mois . elles ont cessé lorsque la ménopause s'est établie d'une façon définitive. Je me suis demandé à ce propos pourquoi la muqueuse utérine saigne si abondamment après l'ablation des annexes tandis qu'elle ne saigne pas après l'ablation des fibro-myômes.

En résumé, sur 70 malades que j'ai retrouvées et suivies, j'ai observé 9 fois des accidents consécutifs : 2 fois péritonite grave avec abcès ayant guéri la 1re spontanément, la 2e après ouverture d'un abcès (après réouverture de la paroi abdominale) ; 3 fois dou-

leurs tenaces avec persistance chez deux malades névropathes chez lesquelles j'ai laissé des lambeaux membraneux, reliquat d'annexes; 3 fois écoulement muqueux ayant cédé au curettage et 1 fois métrorrhagies qui ont cédé spontanément mais après avoir été inquiétantes, de sorte que je ne connais vraiment que deux cas qui soient l'opprobre de l'opération, ceux des femmes aux douleurs tenaces contres lesquelles je suis désarmé.

Je termine comme j'ai commencé en disant que ces quelques cas ne sont pas faits pour nous décourager, tant s'en faut, et que c'est au contraire à les connaître et à en rechercher la cause que nous devons nous appliquer, de manière à mieux les éviter dans l'avenir.

M. L. G. Richelot (de Paris). (Voir plus haut p. 257 le compte rendu complet de cette communication.)

M. Jeannel (de Toulouse). Je parlerai d'accidents tardifs que j'ai observés pour dégénérescence kystique, pour abcès de l'ovaire ou pyosalpingite. Ces accidents étaient analogues à ceux signalés par MM. Le Dentu et Bouilly.

J'ai observé des accidents tardifs à la suite d'ablation pour dégénérescence kystique de l'ovaire chez une demoiselle de 40 ans, hystérique présentant des troubles digestifs dépendant probablement de vers intestinaux que j'ai pu constater, troubles qui ont récidivé.

Dans un cas d'endométrite intense avec lésions bilatérales avec troubles digestifs antérieurs, j'ai constaté la persistance de la dyspepsie. Cette malade était une nerveuse, prétendant être enceinte et ayant un rein mobile. J'en suis à me demander si le rein mobile n'est pas pour quelque chose dans la persistance des troubles digestifs.

Chez une autre malade opérée pour pyosalpingite volumineuse, quatre mois après l'opération un abcès s'est ouvert : un fil à ligature sortit et la guérison suivit bientôt.

Je ne partagerai pas l'opinion de M. Jacobs au point de vue de l'importance de l'ablation des annexes sur les femmes atteintes de rétro-déviation. Toutes les fois que j'ai eu à traiter des malades ayant une rétro-déviation en même temps qu'une affection des annexes, j'ai fait simplement l'ablation des annexes et j'ai vu tous les accidents disparaître les malades reprenant la santé la plus parfaite.

Plusieurs de mes malades ont vu leurs règles persister. J'en ai observé d'autres qui, au moment où elles auraient dû avoir leurs règles, avaient des poussées congestives, hémorrhoïdaires du côté du rectum qui simulaient les règles, d'autres avaient des bouffées de chaleur, des hémoptysies en même temps que leurs règles. C'étaient toujours des accidents passagers durant sept à huit mois au plus.

Enfin j'ai observé comme accidents plus précoces : deux fois des complications analogues à celles dont nous ont parlé MM. Le Dentu et Terrillon. La première fois, il s'agissait d'une femme atteinte de rétroversion, de salpingite et ovarite kystique. J'avais enlevé les annexes en abandonnant l'utérus. Vingt jours après l'opération, après succès, la malade vit revenir ses règles et, en même temps se développer dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse ayant les caractères décrits par M. Terrillon, avec élévation de température et l'état général devint grave. Je dus pratiquer une laparotomie latérale, j'obtins environ 300 à 400 grammes de liquide hématique : la guérison eut lieu facilement par le drainage et la gaze iodoformée. Les accidents n'ont pas reparu.

Chez une autre malade opérée pour pyosalpingite extrêmement difficile, j'ai vu le même accident se présenter mais atténué. Au moment des règles, en même temps que l'écoulement menstruel, apparaissait une tumeur dans la fosse iliaque gauche qui ne me semblait pas liquide. Je ne suis pas intervenu, j'ai abandonné la tumeur à elle-même et elle est actuellement en voie de résolution.

Je dirai, en terminant, que pour les accidents dont ont parlé MM. Le Dentu et Terrillon, je ne crois pas qu'ils dépendent du retour des périodes menstruelles.

M. Pozzi (de Paris). Insiste seulement sur les éventrations consécutives à l'opération. Il a toujours pu éviter cet accident en adoptant pour la plaie un procédé de suture à trois étages qu'il décrit en détail. Il invite les membres du Congrès à examiner les résultats qu'il obtient par ce procédé sur quelques malades qu'il a pu réunir.

M. Segond (de Paris). Mes observations sont peu nombreuses. Elles portent sur 17 femmes opérées par laparotomie, depuis deux ans environ. Ce nombre fort restreint ne me donnerait guère le droit de parler aujourd'hui, où des documents nombreux ont été apportés, si je n'avais une pensée à côté de la question, bien que

cependant elle ne s'en éloigne pas au point de vue thérapeutique, au point de vue des malades.

Je désire opposer les résultats de la laparotomie à ceux de l'hystérectomie par la voie vaginale.

Mes 17 malades se répartissent de la manière suivante : 1 insuccès thérapeutique complet chez une femme souffrant beaucoup pour des lésions non suppurées des annexes ; les 16 autres ont donné : 5 guérisons radicales complètes dans lesquelles l'ablation des annexes a donné un résultat parfait, dont deux pour pyosalpingite et trois pour lésions non suppurées (je me félicite d'autant plus de ce résultat qu'elles sont plus difficiles à guérir) ; 7 ont bénéficié très largement de l'opération car, depuis lors, elles travaillent et sont très heureuse relativement à leur situation passée. Cependant, une femme qui avait des lésions non suppurées des annexes ne doit pas être considérée comme guérie car elle souffre encore. Elles n'ont pas de pertes, mais elles ont des sensations douloureuses dans le ventre, des sensations de pesanteur, des phénomènes de compression sur l'intestin et des douleurs dans les côtés mais atténuées. L'ablation des annexes, en somme, n'a pas guéri ces 7 femmes ; enfin, 5 restent parmi lesquelles 4 avaient des affections suppurées très graves des annexes avec pelvi-péritonite et une des lésions non suppurées, ces malades ont des accidents fréquents du côté de l'utérus ; métrorrhagies profuses qui ont nécessité deux fois le curettage et écoulements muco-purulents qui ont nécessité trois fois la même opération. Ce traitement est demeuré impuissant.

Voilà les résultats que j'ai obtenus. Trois de ces malades ont des hernies. Je sais bien que je n'ai pas eu recours dans ces cas-là au procédé perfectionné que Pozzi vient de vous exposer ; cependant j'avais fait de mon mieux. Voici dans quelles conditions est survenue une de ces hernies, et je me demande si le perfectionnement opératoire indiqué aurait suffi pour la prévenir : c'est dans un cas de pelvi-péritonite suppurée avec lésions suppuratives des annexes pour lequel ordinairement je pratique l'hystérectomie vaginale, ainsi, du reste, que tous les membres de la Société de chirurgie, sauf Pozzi, ont reconnu qu'il fallait le faire, la hernie s'est produite au niveau du drainage, ce qui n'aurait pas eu lieu si j'étais intervenu par le vagin.

Je n'insiste pas davantage. Je ne veux pas dire non plus que l'absence ou l'existence d'une cicatrice ait une valeur considérable ;

mais je continue à croire qu'une cicatrice n'est pas un ornement désirable et que quand il sera possible de l'éviter cela vaudra mieux. N'allez pas supposer que ce que je dis soit une critique de la laparotomie dans ces cas-là, ce serait faire un mauvais procès à la laparotomie et, d'ailleurs, je suis le premier à reconnaître l'omnipotence de ce procédé, car dans tous les cas où il y a hésitation pour le diagnostic sur la bilatéralité, je suis partisan de la laparotomie.

Ceci dit, permettez moi de vous parler des résultats obtenus par l'opération de Péan. Ces résultats sont jeunes, mais je serai très modeste dans mes affirmations. Ils sont au nombre de 30 dont 23 ont été publiés à la Société de chirurgie (1). Je ne parlerai pas de tous ces cas. J'en prendrai 17 pour lesquels je suis intervenu du mois d'août au mois de décembre, par conséquent datant de trois à six mois. Les résultats que j'ai obtenus dans ces 17 cas sont assez curieux. Sauf un cas qui était celui d'une femme antérieurement laparotomisée, à laquelle un chirurgien avait enlevé les annexes pour suppuration pelvienne, qui à la suite de l'opération a eu une récidive grave pour laquelle j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale; la malade n'est pas complètement guérie et elle souffre encore.

Pour toutes les autres le résultat est bon, les malades se portent bien et n'ont pas la moindre douleur dans le petit bassin. Elles présentent un point dont je veux vous parler, c'est que ce bon résultat offre ceci de particulier qu'il semble que la nature des lésions des annexes n'ait pas influencé d'une façon notable le résultat thérapeutique. Or, si j'en crois ce qui a été dit sur le pronostic de la laparotomie, il n'en est pas de même pour celle-ci. Je vous renvoie pour cette question aux anciennes communications de Bouilly, et à ce qui a été dit tout à l'heure.

Sur les 16 malades qui ne souffrent plus, il y en a 9 qui avaient des suppurations pelviennes parmi lesquelles 5 pelvipéritonites, et, à l'heure qu'il est, tous les membres de la Société de chirurgie, sauf Pozzi, acceptent l'hystérectomie vaginale pour ces cas ; 4 autres avaient des lésions suppuratives, or, comme vous le savez, il est certain que le pyosalpinx est le triomphe de la laparotomie ; par conséquent la laparotomie aurait donné dans le cas auquel je fais

(1) Voir *Annales de gynécologie*, mars 1891.

allusion des résultats aussi bons ; mais pour les 7 autres qui ne souffrent plus, qui sont absolument guéries elles rentrent toutes dans les cas mauvais au point de vue du résultat définitif dont nous a parlé Bouilly, petites annexes adhérentes, lésions non suppurées et j'ajoute que sur ces sept malades il y avait trois hystériques avérées. Or ces sept malades auxquelles j'ai pratiqué l'hystérectomie sont absolument guéries.

Tels sont les faits que je voulais vous exposer. J'attache d'autant plus d'importance à la petite réflexion que je viens de vous faire que je suis, moi personnellement, avec Reclus et Nélaton, convaincu que, dans les cas où l'ablation bilatérale des annexes est indiquée, il y a avantage à remplacer la laparotomie par la castration de Péan. Lorsque cette question a été soumise à la Société de chirurgie, il m'a été fait une concession totale pour les cas de pelvi-péritonites suppurées, mais où je n'ai pas obtenu de concession, c'est pour les cas où l'on peut énucléer les annexes alors qu'il n'y a pas suppuration, et dans ces cas, si nous disons que les femmes guérissent aussi bien par ce procédé, que le pronostic tardif est meilleur (ce qui n'est pas douteux), nous ne nous occupons pas de la cicatrice, et si on démontre cela, on pourra reconnaître que l'intervention vaginale est bien préférable.

M. Routier (de Paris). — J'ai pratiqué, depuis 1887 jusqu'en 1890, 52 ablations des annexes, 27 pour pyosalpingites dont 4 tuberculeuses, 7 hydrosalpinx, 7 hématosalpinx, 11 salpingo-ovarites interstitielles, toutes ces malades ont été revues depuis trois mois ; chez presque toutes, les suites ont été excellentes ; cependant, j'ai observé chez un très grand nombre, à l'époque des premières règles, des poussées congestives intenses du côté de la face, des pesanteurs, des malaises.

Quant aux résultats éloignés, j'envisagerai successivement les pertes utérines, l'état de la sensibilité du ventre, enfin les modifications survenues dans l'utérus et dans l'habitus général.

1° La suppression totale et absolue des règles a *toujours* suivi l'ablation totale des annexes, je ne les ai vues persister que dans les cas où j'avais pu laisser un petit lambeau d'ovaire adhérent, notamment dans deux cas d'hématosalpinx où les ovaires étaient déchirés et pour ainsi dire méconnaissables.

2° Le ventre est, en général, peu sensible après l'opération, du moins en dehors de la période qui devrait correspondre au mens-

trues. Mais on voit quelquefois à cette époque les malades souffrir du bas-ventre, avoir des bouffées de chaleur. La moitié de mes opérées offrent à des degrés divers ces phénomènes ; toutes d'ailleurs se trouvent en dehors de ce moment dans un état parfait.

3° *L'atrophie utérine* est pour ainsi dire constante. Un certain nombre de mes malades ont engraissé, toutes ont pris des couleurs.

Dans les 4 cas de pyosalpingites tuberculeuses, j'ai vu une de mes opérations suivie de *fistule* longtemps persistante. Elle a fini par guérir ; une autre a eu une fistule vésicale persistante, une troisième, prise d'urticaire, a défait son pansement, infecté sa plaie ; elle a un phlegmon de la paroi.

J'ai fait quelquefois la castration unilatérale, mais je n'ai pas eu à m'en louer, la fécondation n'est pas survenue, les malades ont souvent souffert.

En résumé, l'ablation des annexes donne d'excellents résultats pour les pyosalpingites ; dans les autres affections, hydrosalpinx, hématosalpinx, salpingites interstitielles, ovaires kystiques, les résultats sont bons aussi, mais on voit plus souvent les malades jeunes incommodées de la suppression des règles.

M. Bazy (de Paris). — Je désire communiquer deux observations de laparotomie pratiquée chez des hystériques et pour remédier à des accidents hystériques.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une malade de vingt-trois ans sujette à des crises consistant en douleurs dans le côté droit du bas-ventre avec claquement de dents et vomissements durant dix à quinze minutes, et revenant plusieurs fois dans la journée. Elle avait été traitée sans succès par les calmants, l'électricité, l'hydrothérapie.

L'examen révéla de l'immobilité de l'utérus, la laparotomie fut pratiquée, les ovaires et les trompes étaient absolument plaqués contre le petit bassin par des adhérences nombreuses, épaisses et anciennes, je me bornai à détacher les adhérences utérines. Les suites furent bonnes ; les douleurs diminuèrent beaucoup tout d'abord, mais j'ai appris qu'elles étaient en grande partie revenues.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une femme de quarante ans, qui avait eu une attaque d'hémiplégie hystérique qui avait disparu après treize mois. Depuis février 1889, elle était atteinte de paraplégie avec contracture en flexion et anesthésie absolue.

Le docteur Ballet, me l'adressa : je constatai, dans les deux annexes, l'existence de petites tumeurs, et l'abdomen était le siège de phénomènes douloureux, je fis la laparotomie et j'enlevai les deux ovaires, qui étaient kystiques, et les trompes, qui contenaient chacune un kyste. Les suites opératoires furent excellentes de même que les résultats thérapeutiques.

Une intervention chirurgicale ne me paraît donc permise dans l'hystérie, qu'autant qu'on constate des lésions du côté des annexes. L'hystérie étant une maladie à manifestation multiple et à récidive, si on fait la laparotomie, on n'est autorisé à enlever les annexes que si elles sont altérées.

M. Doyen (de Reims). — J'ai pratiqué 56 opérations sur les annexes et l'utérus pour des lésions autres que les tumeurs ovariques et le cancer.

1° 32 laparotomies ont donné : 2 morts opératoires et 3 résultats nuls ; ces derniers : chez une femme atteinte de salpingite purulente double, fistuleuse et chez 2 hystériques opérées *in extremis*, l'une vierge et l'autre atteinte d'accès fébriles intermittents d'origine paludéenne, 7 femmes continuèrent à souffrir de pesanteurs abdominales, de névralgies, de crises gastralgiques ; 3 de ces cas s'améliorèrent grâce à un traitement approprié ; une quatrième malade subit une hystéropexie secondaire, 2 autres l'hystérectomie vaginale ; la dernière, qui conserve un gâteau tubo-ovarien ancien et enflammé, devra se soumettre à la même intervention. Les 20 résultats satisfaisants comprennent 13 castrations tubo-ovariennes doubles et 7 opérations incomplètes, dont 4 cas de destruction simple d'adhérences pelviennes avec réduction de l'utérus rétroversé.

Je signalerai parmi les opérées de castration tubo-ovarienne, une hystérique aujourd'hui complètement guérie de ses crises.

2° J'ai tenté, en 1886, sans résultat thérapeutique, une laparotomie sous-péritonéale dans un cas analogue à celui signalé plus haut, de fistule purulente tubo-rectale. Depuis, j'ai guéri, en atteignant par cette voie des masses inflammatoires péri-utérines unilatérales non suppurées et en les incisant jusqu'au voisinage du col, trois femmes affaiblies et chez lesquelles la laparotomie nous semblait impraticable.

3° J'ai pratiqué de propos délibéré depuis l'année 1887 l'hystérectomie vaginale pour des lésions non néoplasiques des annexes.

Vingt hystérectomies m'ont donné un cas de mort. Les résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale sont des plus remarquables.

Les résultats éloignés de ces 56 opérations démontrent que la castration totale, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale suivie d'ablation des annexes, est l'opération qui donne les succès thérapeutiques les plus constants et les plus durables.

Je la pratique de propos délibéré toutes les fois que l'utérus, douloureux et déplacé, doit être sacrifié. Mais, il est souvent possible de ménager les fonctions ovariennes, et les guérisons que nous avons obtenues par la simple destruction des adhérences pelviennes et par la laparotomie sous-péritonéale, prouvent que la castration et l'hystérectomie sont souvent excessives.

Dans les cas réellement compliqués, la laparotomie exploratrice doit précéder l'hystérectomie vaginale, et parfois la première des deux opérations suffit.

Dans les cas de fistules purulentes péri-utérines, l'hystérectomie vaginale est toujours le procédé de choix.

Restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale.

M. Leprévost (du Havre). — Une paysanne de 32 ans, mère de 4 enfants, m'avait été adressée en août dernier, avec le diagnostic de cancer du rectum, diagnostic confirmé par l'examen local. On trouvait, en effet, une surface saillante, bourgeonnante et friable, occupant la paroi antérieure du rectum, empiétant un peu sur les faces latérales, descendant jusqu'au voisinage de la marge de l'anus, et haute d'environ 6 à 7 centimètres. La muqueuse vaginale est indurée, et épaissie dans une certaine hauteur, elle fait corps avec la tumeur rectale; il est impossible de la mobiliser ou d'obtenir à son niveau le moindre glissement.

D'après les auteurs classiques il ne me restait qu'à abandonner la malade à son triste sort où à enlever la cloison recto-vaginale, avec la perspective de créer un cloaque, je cherchai donc en dehors des procédés habituels un moyen de prévenir une telle éventualité, tout en enlevant largement la tumeur recto-vaginale. Voici le procédé auquel je m'arrêtai.

1er *Temps.* — La malade endormie et placée dans la position de la taille périnéale, je dissèque aux dépens du périnée un vaste et

épais lambeau comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ce lambeau est semi-lunaire, son bord concave répond à la fourchette, son bord convexe à l'anus, ses extrémités se continuent avec les grandes lèvres. Le lambeau est mobilisé et complètement libéré au niveau de la vulve, il ne se soutient plus que par ses extrémités. Il est relevé et fixé provisoirement à la partie supérieure de la vulve.

2e *Temps*. — La tumeur est soulevée et attirée en bas par deux doigts introduits dans le rectum, puis la cloison est réséquée d'un coup de bistouri, des pinces hémostatiques sont placées en grand nombre sur les artères qui donnent en abondance et sont liées au catgut.

3e *Temps*. — Le lambeau périnéo-vulvaire est rabattu et attiré en bas et en arrière, puis suturé par son bord convexe au cul-de-sac vaginal postérieur. Ainsi disposé, le lambeau regarde le rectum par sa face cutanée, le vagin par sa face cruentée.

4e *Temps*. — La paroi antérieure du rectum est légèrement attirée en bas et fixée par quelques points de suture à la plaie périnéale.

Les résultats immédiats et secondaires de l'opération ont été excellents, tant au point de vue plastique qu'au point de vue fonctionnel, vaginal et rectal. Seulement la moitié antérieure du sphincter anal ayant dû être sacrifiée, la malade éprouve de temps à autre un peu d'incontinence fécale. Aujourd'hui, sept mois après l'opération, elle ne présente aucune apparence de récidive.

Ce procédé est d'une exécution facile et je le crois applicable, non seulement aux néoplasmes, mais encore, avec quelques modifications de détail, à certaines fistules recto-vaginales rebelles.

Malformation utéro-vaginale.

M. Delagénière (du Mans) relate un cas de malformation congénitale chez une femme de 23 ans. Il y avait absence totale du vagin et d'utérus, mais la présence des ovaires était révélée par des phénomènes congestifs du côté du poumon. M. Delagénière fit la laparotomie le 4 fév. 1891, trouva les ovaires dans les fosses iliaques et en fit l'extraction. 12 jours plus tard, il établit chez la malade un vagin artificiel au-devant du rectum, tapissé en partie par la muqueuse vestibulaire et en partie par deux grands lam-

beaux cutanés empruntés aux régions anale et fessière. Depuis l'opération la malade se porte bien, n'a plus eu de phénomènes de congestion pulmonaire. Le vagin artificiel persiste avec les mêmes dimensions qu'après l'opération.

M. Delagénière insiste au point de vue anatomo-pathologique sur l'état scléro-kystique des ovaires ectopiés.

Hystérectomie abdominale.

M. Terrillon (de Paris). — J'ai pratiqué jusqu'à ce jour 26 hystérectomies abdominales sus-vaginales vraies pour fibromes utérins, et voici les modifications que la pratique m'a suggérées : 1° simplifier autant que possible la suture péritonéale en la supprimant presque totalement au niveau du pédicule ; 2° dessèchement soigné du pédicule à l'aide de la poudre de tannin mélangée d'iodoforme qui empêche l'humidité et la suppuration du moignon ; 3° suppression des fixateurs métalliques qui sont souvent, eux aussi, une cause d'infection ; 4° remplacement des liens de caoutchouc qui cassent facilement, non par des tubes à drainage, mais par des sondes d'homme en caoutchouc rouge du numéro 14 à 15. Ces sondes sont soigneusement désinfectées par un séjour prolongé dans une solution de permanganate de potasse, bouillies et plongées finalement dans des tubes de verre contenant une solution de sublimé à 2 pour 1000 et portées pendant quinze minutes à l'autoclave à 130°. Je m'applique tout particulièrement à opérer aussi rapidement que possible.

Sur ces vingt-six opérations je n'ai eu que trois morts : une première par septicémie chronique au trente-neuvième jour ; une seconde par septicémie, dans un cas où je n'avais pas lié le pédicule avec du caoutchouc et où les vaisseaux sanguins du pédicule et des ligaments larges avaient été serrés séparément ; enfin une troisième par septicémie banale au quatrième jour.

Le pédicule extérieur a des inconvénients sérieux ; il n'est pas rare de voir persister, après sa chute, une fistule abdomino-vaginale rebelle, de plus, cette région de la cicatrice est le siège assez fréquent d'éventrations secondaires.

La seconde catégorie comprend 28 faits dans lesquels j'ai réduit le pédicule dans le ventre. Je me suis, dans ces cas, toujours appliqué à bien serrer le caoutchouc ligateur, à désinfecter très exactement le pédicule, en abrasant et cautérisant la cavité uté-

rine ouverte. Les ligatures sur le ligament large sont surveil ées avec soin. Enfin, je veille à placer le pédicule dans le petit bassin de manière à éviter des adhérences avec les anses intestinales.

J'ai eu seulement trois morts. La première est survenue par hémorrhagie ; mon lien élastique s'était dénoué et la malade a succombé dans la nuit.

La seconde malade est morte de septicémie ; enfin dans le troisième cas, il s'agissait d'une hystérectomie extrêmement difficile pour une tumeur de 14 kilogrammes ; au cours de l'opération, j'ai ouvert la vessie et dû décortiquer très péniblement l'intestin.

En résumé, la réduction du pédicule m'a donné d'excellents résultats ; je n'ai vu qu'une ou deux fois un petit accident tardif, l'élimination par la cavité cervicale du fil de caoutchouc qui avait coupé le pédicule qu'il étreignait.

Parmi ces opérations, toutes ont été faites dans des cas très graves, deux fois je n'ai pas trouvé de pédicule utérin : une fois il s'agissait d'un énorme fibrome pesant 32 kilogrammes ; la seconde malade avait un fibrome de 19 kilogrammes adhérent à la vessie : elle a succombé au bout de 5 ou 6 heures. Les deux méthodes sont donc à peu près également bonnes, la seconde convient surtout aux pédicules courts et étroits, la première convient mieux aux pédicules longs et larges.

Deux ablations de l'utérus cancéreux par la voie sacrée.

M. Terrier (de Paris). — La voie sacrée, indiquée par Kraske en 1885, pour l'extirpation du rectum, n'a pas tardé à être utilisée pour l'ablation de l'utérus. Herzfeld, en 1888, pratiqua un certain nombre d'essais sur le cadavre, et montra qu'après résection du coccyx et de la partie inférieure du sacrum, jusqu'au 3e trou sacré, cette ablation devenait praticable.

Après quelques recherches anatomiques du même genre, Hochenegg (de Vienne) pratiqua, le premier, l'opération sur le vivant; dans un premier cas (décembre 1888), il resta une fistule stercorale persistante ; deux autres interventions, en 1889, se terminèrent, l'une par une guérison rapide, l'autre par la mort, aussi très rapide, et due à la septicémie aiguë ; dans ce dernier fait, l'uretère droit avait été pris dans une ligature. Hégar préconise la résection temporaire, et rabat par en haut le segment sacro-coccygien rése-

qué ; en 1889, ses trois premières observations sont publiées par Wiedow ; l'une se rapporte à un cancer utérin. Levy (de Berlin) pratiqua, à son tour, sur le cadavre, la résection temporaire, mais par abaissement et en réclinant en bas le segment osseux. Enfin Emil Zuckerkandl démontra que, sans intéresser les os, une incision conduite le long du bord latéral du coccyx et du sacrum donne un jour suffisant pour l'extirpation de la matrice ; et, par cette méthode, Wölfler (de Gratz) pratiqua deux extirpations utérines qui furent, du reste, très laborieuses.

C'est M. Roux (de Lausanne) qui semble avoir, jusqu'ici, le plus souvent utilisé cette voie sacrée ; ses opérations se montent à un chiffre relativement élevé ; dix, je crois ; il préconise, lui aussi, la résection temporaire sacro-coccygienue, et il taille un lambeau d'os et de parties molles qu'il rejette sur la fesse en volet latéral ; ses résultats sont assez satisfaisants. Je signalerai encore quatre extirpations de cancer utérin par la voie sacrée, dues à Bernard von Beck (deux guérisons, deux morts) ; une autre faite par Zinsmeister (1890) et terminée par la mort ; enfin des faits plus récents de Goldmann et de Gzerny.

J'ai moi-même eu recours deux fois à l'hystérectomie sacrée et voici, en résumé, mes deux observations :

La première est celle d'une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'un cancer du corps utérin, que la dilatation de la cavité cervicale et l'introduction du doigt avaient permis de reconnaître nettement. La tumeur constituée par le corps utérin était considérable, le col effacé, le vagin rétréci et résistant. Dans ces conditions l'ablation de l'utérus par la voie vaginale devenait impraticable, et je me décidai à suivre la voie sacrée.

Une incision fut menée de la partie supérieure et gauche du sacrum, à l'extrémité inférieure du coccyx ; j'arrivai ainsi jusqu'au releveur, qui fut sectionné à son tour, puis jusqu'au péritoine. Je ne fis pas la section transversale du sacrum, mais je pratiquai une résection osseuse assez analogue à celle de Kraske, c'est-à-dire que je fis sauter le coccyx et l'aile gauche du sacrum, au-dessous du troisième trou sacré. La brèche était suffisante ; mais l'utérus, très gros, était immobilisé et adhérent. Pourtant je l'attirai au dehors, je procédai à la ligature du ligament large droit, puis du ligament large gauche, plus facile à saisir, puisqu'il était directement accessible au fond de la plaie, j'avais même,

avec lui, amené au dehors les annexes. Le vagin fut alors réséqué circulairement à sa partie supérieure ; la section donna du sang, je jetai des pinces sur les vaisseaux ouverts, et la cavité vaginale fut tamponnée à la gaze iodoformée.

L'un des temps les plus difficiles, fut l'ouverture du péritoine ; je n'y parvins qu'en tâtonnant avec le doigt. Au niveau de la partie supérieure de l'utérus, il adhère, en effet, à la face antérieure du rectum, et l'on est exposé à déchirer la paroi rectale. L'extirpation faite, je suturai les lambeaux péritonéaux : je le fis d'instinct, en quelque sorte, mais j'ai appris que telle est la pratique ordinaire des chirurgiens allemands. Un drain fut laissé dans la profondeur, puis les muscles et la peau suturés. L'opération n'avait pas duré plus d'une heure.

Les suites furent d'abord excellentes ; mais, au quatrième jour, on découvrit quelques phlyctènes sur les lambeaux ; j'attribuai l'accident à ce fait qu'on avait laissé la malade couchée sur le côté opéré ; elle est pourtant, comme je le dirai tout à l'heure, la position que recommandent plusieurs chirurgiens et en particulier M. Roux. Ces phlyctènes annonçaient le sphacèle partiel des lambeaux ; il survint, par suite, quelques accidents fébriles, puis l'eschare tomba, laissant une plaie, par où ressortaient les injections faites dans la cavité vaginale. La cicatrisation ne s'en fit pas moins ; il ne reste plus aujourd'hui qu'une petite plaie d'un demi-centimètre d'étendue ; il n'y a aucune trace de récidive, et l'on ne sent plus, par le toucher, qu'une bride allant du côté droit du cul-de-sac vaginal au sacrum. L'opérée est en excellente santé.

Tel est mon premier fait ; le second fut moins heureux. Femme de cinquante-deux ans, très grasse. Cancer intra-utérin, aussi diagnostiqué au doigt, après dilatation de la cavité cervicale ; adhérences en arrière, ligament large droit épaissi et probablement envahi à sa base. Je fis la même incision cutanée, la même résection osseuse ; j'aurais dû, sans doute, intéresser plus largement les os et me faire une voie plus grande. Toujours est-il que je trouvai des tissus infiltrés de graisse, un péritoine lui-même graisseux, et que j'eus les plus grandes difficultés, malgré un tamponnement rectal, et le soulèvement de l'utérus par le doigt d'un aide introduit dans le vagin, à reconnaître l'organe et à ouvrir le péritoine. L'utérus ne fut amené au dehors qu'avec

beaucoup de peine ; le col dégénéré et fixé l'immobilisait, et les annexes étaient adhérentes aux parois pelviennes. Ligature des ligaments larges et section circulaire du vagin. Je voulus enlever les annexes, complication opératoire que je crois maintenant inutile et même dangereuse dans des cas semblables ; les annexes droites furent extirpées, les annexes gauches se laissèrent attirer et enlever avec une facilité très grande ; mais, en faisant, la ligature, je pris l'uretère sans le serrer assez, il est vrai (comme je l'ai vérifié plus tard), pour empêcher le cours de l'urine ; je l'enserrai une seconde fois, dans un fil jeté autour de vaisseaux qui donnaient. L'opération avait duré deux heures un quart. La malade succombait au cinquième jour.

J'insiste sur ce fait que l'uretère a été lié du côté gauche, c'est-à-dire du côté de l'incision et de la brèche osseuse, de la partie libérée du bassin ; il devient en quelque sorte libre et flottant, de ce côté, et suit les annexes avec la plus grande facilité. Pareil accident est survenu dans une des opérations d'Hochenegg, et c'était encore du côté de l'incision, du côté gauche du bassin, sur l'uretère gauche. Il convient donc de retenir que, dans l'opération par la voie sacrée, on est exposé à blesser l'uretère plus souvent que dans les hystérectomies par l'abdomen ou le vagin.

J'estime, quant à moi, que l'hystérectomie sacrée est une opération d'exception, et l'ablation par le vagin reste l'opération de choix. Mais, dans les cas où le vagin est rétracté et inextensible, quand il n'y a plus de col susceptible de fournir un point d'appui aux tractions, que le corps utérin est très volumineux, qu'il y a des adhérences latérales, et une dégénérescence cancéreuse des ligaments larges ; alors, et alors seulement, c'est à la voie sacrée qu'il faut recourir. L'opération est difficile, on a peine à reconnaître l'utérus et à ouvrir le péritoine, on est exposé à saisir l'uretère, attiré par une pince. Pour ce qui est de la technique opératoire, je crois que la résection temporaire, en volet, telle que la pratique M. Roux, est un bon procédé ; il faut faire une résection large, c'est le meilleur moyen d'éviter les écueils dont j'ai parlé, et la résection temporaire a l'avantage de permettre la reconstitution, au moins partielle, de la ceinture pelvienne.

M. Roux (de Lausanne). — Je considère aussi l'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie sacrée comme une opération d'exception, qui doit être réservée aux cancers volumineux du corps.

On obtient une brèche énorme par le procédé du volet, que j'ai préconisé, et maintes fois j'ai eu l'occasion de montrer à mes assistants combien toute la région pelvienne devenait alors largement accessible ; avec une ouverture pareille, on n'est pas exposé à blesser l'uretère.

Sur une dizaine d'opérations, je n'ai eu qu'une mort, après une intervention fort laborieuse, où j'avais dû réséquer une portion de la vessie et 5 centimètres de l'uretère ; la suture urétéro-vésicale n'avait pas tenu, et l'épanchemant de l'urine dans le ventre avait sans doute provoqué l'accident fatal. Je rejette le volet, une fois taillé, sur la fesse et je l'y maintiens par un point de suture pendant toute la durée de l'extirpation proprement dite ; les lèvres de la brèche sacrée sont aussi bien tendues et bien écartées.

Je dois ajouter que, dans mes derniers cas, j'ai enlevé définitivement, à la fin de l'opération et avant de rabattre le volet, le segment osseux réséqué ; cette pratique n'a été suivie d'aucun inconvénient ultérieur. Aussi, désormais, continuerai-je à faire la section transverse du sacrum, le volet d'os et de parties molles, et à extirder le segment osseux au moment de rabattre le lambeau et de suturer. Je couche la malade sur le côté opposé, ce qui a l'avantage de mieux assurer l'écoulement des liquides ; il ne faut pas trop compter, en effet, sur la suture ; pour moi, je ne réunis pas complètement le péritoine et je ne suture pas les téguments, mais je bourre la plaie de gaze iodoformée.

Je répète, en terminant, que l'hystérectomie sacrée n'est indiquée que dans le cas où l'extirpation par la voie vaginale est impossible.

Hystérectomies abdominale et vaginale combinées.

M. Bouilly. — Il s'agit d'une dame de quarante ans, de santé excellente d'ailleurs ; pas d'enfants, pas de fausse couche, jamais d'accidents utérins qu'en juin 1890, elle fut atteinte de métrorrhagies abondantes ; on reconnut alors l'existence d'un cancer du col et d'un volumineux fibrome du corps gros comme une tête de fœtus, haut situé et remontant jusqu'à l'ombilic ; les culs-de-sac vaginaux étaient libres, le tissu utérin indemne de propagation néoplasique, l'utérus bien mobile. La malade ne souffrait pas. L'intervention se trouvait considérablement entravée par la coexis-

tence du corps fibreux. Il ne restait qu'une double alternative : ne rien faire ou pratiquer l'ablation totale du corps et du col. Or, l'hystérectomie vaginale était impossible.

L'opération de Freund, donnant une énorme mortalité, je m'arrêtai au plan opératoire suivant : faire d'abord la laparotomie et enlever le fibrome, puis, séance tenante, pratiquer par le vagin l'extirpation du col et du moignon utérin.

Dans un premier temps, j'ouvris le ventre, je tirai le fibrome au dehors, j'appliquai la ligature élastique, je réséquai le corps utérin, je touchai au thermocautère la portion de muqueuse qui restait au centre du pédicule et je réduisis ce pédicule. Le ventre fut immédiatement fermé, avec les précautions ordinaires. Le deuxième temps opératoire présenta plus de difficultés. J'appliquai les deux grandes pinces-clamps qui me servent ordinairement dans l'hystérectomie vaginale, et j'enlevai toute la masse. Les suites de cette double hystérectomie furent très simples ; j'ai pu constater, hier même, sa guérison complète et définitive.

Le succès de ce mode opératoire est de nature à faire penser qu'il pourrait être appliqué, avec avantage, à l'extirpation de certains fibromes ; en enlevant ainsi, séance tenante, par le vagin, le moignon utérin, on supprimerait le pédicule et les dangers de septicité ou de récidive qu'il entretient toujours, quand on le réduit. C'est là une expérience que je me propose de faire, et dont j'apporterai ultérieurement les résultats.

M. Pozzi. — La pratique opératoire dont M. Bouilly vient de nous entretenir est sans doute fort ingénieuse ; mais elle a été déjà préconisée par Bardenheuer et par Martin (de Berlin) ; or, Martin a donné une statistique de 30 cas, avec 8 morts (1). J'ai eu l'occasion d'assister moi-même à une opération de ce genre, pratiquée par Veit, et je dois dire qu'elle fut extrêmement laborieuse. Aussi semble-t-on revenir, à l'heure actuelle, en Allemagne, de cette méthode de la double hystérectomie combinée, appliquée aux corps fibreux.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Reclus (de Paris). — Il semble que la pelvi-péritonite ait disparu aujourd'hui du cadre nosologique, et si M. Delbet nous en

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1891.

donne une excellente description, M. Pozzi, dans son Traité, ne prononce même pas son nom, et il se demande si ces abcès pelviens ne seraient pas, dans tous les faits, des pyosalpinx, adhérents aux parois pelviennes ou aux anses intestinales.

Voici quatre observations qui me permettent d'affirmer l'existence de la pelvi-péritonite isolée, autonome, primitive. Chez nos quatre malades, il existait une vaste collection purulente occupant le cul-de-sac de Douglas, et remontant haut dans l'abdomen; chez toutes les quatre, la suppuration pelvienne s'était développée à la suite d'un accouchement ou d'un avortement; chez toutes, une incision franche à suffi à évacuer l'abcès et à amener la guérison, .sans toucher aux annexes.

L'intégrité des annexes, dans ces cas, s'explique aisément, si l'on croit, avec M. Lucas-Championnière, que les germes puisés à la surface de la plaie utérine, suivent la voie lymphatique, le mécanisme de l'infection péritonéale est évident; si l'on admet qu'ils cheminent le long de la trompe, par la voie muqueuse, ne peuvent-ils remonter dans le conduit tubaire jusqu'à son orifice externe, jusqu'au péritoine, sans attaquer la trompe elle-même? On trouve en pathologie générale, de nombreux exemples de *ces infections à distance ?* (adénites et adéno-phlegmons sans lymphangite intermédiaire, épididymite blennorrhagique, sans déférentite); on a même vu survenir, après un cathétérisme brutal ou septique, de la vaginalite, sans inflammation du canal de l'urèthre, sans inflammation épididymaire,

Ces considérations justifient théoriquement l'existence isolée de la pelvi-péritonite.

Voici maintenant mes observations.

Premier cas. — Femme de 23 ans, prise cinq jours après un accouchement, de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements. Je la vois au quinzième jour; au toucher, je trouve une tuméfaction volumineuse qui remplit et soulève le cul-de-sac de Douglas; au-dessus du pubis, une énorme collection fluctuante remonte haut et se termine en croissant; la corne gauche de la tumeur se prolonge jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Je pratique une incision médiane de 10 centim., je tombe sur un péritoine épaissi, adhérent à l'utérus, qui était appliqué et collé contre la paroi, j'éraille peu à peu ces adhérences, en suivant toujours la face antérieure du globe utérin; à peine étais-je arrivé à ses limites supérieures, qu'un flot de pus s'échappe; la cavité se vide ainsi tout entière, et il devient aisé

de constater nettement la communication des deux poches secondaires, des deux cornes droite et gauche, qui n'étaient qu'un double prolongement de la grande cavité rétro-utérine. Il restait ainsi un large espace, que limitaient, en haut, les intestins, recouverts d'une mince membrane molle et tomenteuse, d'une enveloppe d'adhérences. Nulle part je n'avais trouvé de paroi proprement dite, de quelque épaisseur, de quelque continuité, et qui laissât croire à la paroi d'une trompe dilatée ; la collection évacuée, je cherchai à découvrir la trompe, je ne pus y parvenir : il n'y avait là qu'un tissu de fausses membranes fibrineuses, il n'y avait rien en aucun point qui rappelât la cavité tubaire ou la membrane tubaire. Je ne sache pas, d'ailleurs, qu'on ait jamais vu de pyosalpinx assez considérable pour remonter jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette trompe énorme, que M. Lucas-Championnière a présentée, il y a quelques années, à la *Société de chirurgie*, et qui avait à peu près la forme et le volume d'un estomac, ne représente, si je puis dire, que le quart du volume de la moitié de ma tumeur abdominale. Enfin, j'insiste encore sur ce fait, bien et dûment constaté, que les deux poches, les deux cornes du croissant, communiquaient largement.

Je termine cette première observation ; la cavité fut lavée et drainée, et la guérison se fit très simplement ; au dixième jour, la suppuration était tarie ; au bout d'un mois, l'opérée quittait l'hôpital.

Mes trois autres faits ressemblent à celui-là.

Deuxième cas. — Une femme de 32 ans, après un accouchement difficile, terminé par une céphalotripsie, est prise au cinquième jour, de douleurs, de vomissements et d'écoulements purulents par le vagin. Pendant un mois, l'état ne semble pas s'aggraver, puis les phénomènes de suppuration s'accusent et une intervention s'impose. Il existe, ici encore, au-dessus du pubis, une grosse tumeur fluctuante, qui remonte plus haut à gauche. Incision de 8 centim. sur la ligne médiane. Je trouve l'intestin recouvert d'un épiploon épaissi, vascularisé et adhérent, je décolle peu à peu les fausses membranes et bientôt s'épanche un flot de pus. Je pratique alors le toucher bimanuel, je recherche les annexes, mais elles s'étaient perdues dans cette « *coulée plastique* » dont parle M. Pozzi, et c'est à peine si je distingue une sorte de cordon en continuité avec la corne utérine. La guérison ne se fit pas attendre. Cela se passait en 1887. Actuellement, la malade est enceinte de six mois, preuve évidente qu'il n'existait pas, lors de mon intervention, un double pyosalpinx.

Troisième cas. — Jeune dame de 20 ans. Après un accouchement normal, elle est prise de pelvi-péritonite. La collection fluctuante se prolonge jusqu'à l'ombilic. Je fais une incision en son point le plus proéminent, à gauche ; la poche se vide toute entière, et son diverticule droit s'affaisse aussi. Là

encore, il n'y avait donc qu'une seule poche. Guérison. Depuis, ma malade a eu un enfant, aujourd'hui bien vivant et d'excellente santé.

Quatrième cas. — Femme, 19 ans. Pelvi-péritonite, à la suite de manœuvres abortives. Même tumeur abdominale. Incision médiane ; je trouve l'utérus, mais je ne puis distinguer les annexes, enveloppées et agglutinées par les fausses membranes ; ici, les adhérences étaient plus épaisses et plus résistantes, la masse intestinale reprit, avec plus de peine, sa place dans le cul-de-sac de Douglas ; il en résulta une sorte de cloaque, qui, lavé et drainé, ne se combla pourtant qu'au bout de deux mois. La malade sortit alors, guérie, de l'hôpital.

Dans mes quatre cas, malgré l'état bilobé de la tumeur, il n'existait pourtant qu'une seule poche, et les deux diverticules étaient en large communication ; pour soutenir la théorie pyosalpingitique, il faudrait donc admettre une perforation réciproque, une communication secondaire des deux pyosalpinx.

La collection purulente s'était développée avec une grande rapidité, trop grande pour laisser supposer qu'une trompe puisse, aussi vite, se dilater si largement ; au bout de quinze jours, chez ma première malade, l'énorme collection que j'ai décrite existait déjà.

Ce volume lui-même plaide contre l'hypothèse d'un pyosalpinx ; je n'en connais point, qui ait remonté jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Enfin, la conception et la grossesse ont été possibles chez deux de mes malades, ce qui écarte absolument l'idée d'une suppuration bilatérale des annexes.

Je crois donc avoir eu affaire, dans mes quatre observations, à la pelvi-péritonite vraie ce qui n'est pas sans importance, au point de vue opératoire. Si l'on croit, en effet, à l'existence du pyosalpinx, une seule intervention est rationnelle : l'ouverture et l'*énucléation* de la poche ; le dernier terme est de rigueur ; en présence de la pelvi-péritonite, on ne peut songer à la décortication, la poche n'est formée que d'une nappe d'adhérences molles et friables, qui ne se laissent point détacher en totalité, comme une membrane ; l'incision médiane large, le lavage et le drainage suffisent pour assurer une guérison rapide ; dès que la cavité est vidée, les intestins redescendent et viennent la remplir, facilitant le travail de cicatrisation profonde et hâtant l'heure de la restauration définitive.

Les indications opératoires, dans les suppurations pelviennes, achèvent donc de se préciser ; pour ces petites salpingites suppurées, qui prolabent dans le cul-de-sac postérieur, MM. Bouilly et Laroyenne nous l'ont montré, l'incision vaginale suffit ; les altérations sont-elles plus graves, la trompe atteinte de salpingite catarrhale et l'ovaire scléro-kystique, c'est à la laparotomie et à l'ablation des annexes qu'il faut recourir ; quand les désordres sont plus étendus encore et diffus, que les annexes et le péritoine pelvien, ne forment plus, en quelque sorte, qu'une éponge purulente, il est une opération, née d'hier, mais qui déjà a fait ses preuves, c'est l'hystérectomie vaginale. Enfin, en présence de la pelvi-péritonite simple, primitive, isolée, l'incision médiane, la laparotomie suivie du drainage de la cavité purulente, constitue l'intervention nécessaire et suffisante.

M. Pozzi. — La communication de M. Reclus soulève une triple question : celle de l'anatomie pathologique, du diagnostic, des indications opératoires.

Peut-il exister une suppuration pelvienne en dehors d'une lésion des trompes ? Tel est le premier point en litige. M. Reclus a cherché à le démontrer, mais il n'en a pas fourni de preuves directes ; il n'a pas constaté l'intégrité bilatérale des trompes. Il en voit une démonstration dans le fait d'une grossesse ultérieure ; mais nous savons que ces énormes pyosalpinx peuvent se prolonger en arrière de l'utérus et figurer une poche à deux diverticules, alors qu'en réalité une seule trompe est atteinte.

Quant à moi, jusqu'à ce qu'on m'ait montré les trompes saines et une collection purulente dans le péritoine, je croirai que la lésion tubaire et la pelvi-péritonite sont connexes et indissolublement liées, et le terme de péri-métro-salpingite suppurée, que j'ai employé, marque cette dépendance réciproque.

Du reste, le diagnostic ne saurait être fait, et l'on n'a pas d'éléments cliniques qui permettent de reconnaître et de distinguer le pyosalpinx suppuré de la pelvi-péritonite, telle que vient de la décrire M. Reclus. Lui-même ne nous a guère fourni qu'un seul élément : l'origine puerpérale ou abortive, dans tous ses cas, de la suppuration pelvienne. Or, cela ne suffit pas, car il existe aussi des pyosalpinx puerpéraux.

Ce qu'il faut donc retenir, au point de vue opératoire, c'est la nécessité de pratiquer d'abord l'ouverture de la poche ; et, alors,

si sa paroi est énucléable, d'en faire la décortication. La double grossesse que M. Reclus nous a signalée montre bien quelles auraient été, chez les femmes, les suites désastreuses de l'hystérectomie vaginale, aujourd'hui préconisée dans les suppurations pelviennes.

M. Reclus. — Je ne veux répondre qu'un mot; je ne connais pas de pyosalpinx ayant acquis, et avec une telle rapidité, le volume des collections purulentes que j'ai ouvertes; de plus, chez mes malades la tumeur proéminait aussi dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Quant à l'hystérectomie vaginale, je rappellerai qu'on ne l'a jamais proposée pour les suppurations aiguës, comme celles que j'ai rapportées, mais seulement dans les pelvi-péritonites chroniques.

Kyste séreux de la face postérieure de la vessie extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale.

M. Segond (de Paris). — Voici un fait exceptionnel : un kyste séreux, développé dans l'épaisseur même de la paroi vésicale et qui, à la palpation, faisait croire à un sarcome pédiculé inséré sur le fond de l'utérus. Je dis exceptionnel, car M. le professeur Guyon n'a jamais rencontré cas semblable, et, dans la littérature médicale, je n'ai trouvé qu'une observation analogue présentée à la Société anatomique par M. Cornil; encore le kyste séreux n'occupait-il pas la paroi vésicale elle-même, mais il siégeait entre la vessie et le rectum. Un kyste séreux du diaphragme a été rapporté par M. Larcher, en 1868 ; mais ce ne sont là que des faits d'une analogie assez éloignée avec le mien.

C'était chez une jeune femme de 30 ans, à laquelle je pratiquai, en décembre dernier, l'hystérectomie vaginale, pour des accidents de rétroflexion adhérente avec double salpingite et dégénérescence scléro-kystique des ovaires. Par le palper abdominal on sentait, sur la ligne médiane, entre la vessie et l'utérus, une petite tumeur mobile qui, semblait-il, entraînait l'utérus; on pensa donc à un petit fibrome pédiculé. Il n'y avait, du reste, aucun trouble vésical.

Une fois l'utérus enlevé par le vagin, on retrouva encore la petite tumeur, qui était restée en place. On l'amena dans la plaie vaginale; c'était une tumeur kystique, du volume d'une amande, à contenu citrin, à paroi régulière, fibreuse, adhérente aux fibres

musculaires de la paroi postérieure de la vessie, au milieu desquelles sa loge était creusée. L'examen histologique n'a rien révélé de particulier ; la paroi kystique était fibreuse ; il n'y avait pas d'endothélium à sa face interne.

De l'intervention partielle tardive dans l'épithélioma utérin inopérable par la méthode locale.

M. Levrat. — L'intervention partielle, dans le cancer utérin inopérable, peut procurer aux malades un soulagement très marqué, et parfois une survie inattendue. J'ai pratiqué 11 opérations de ce genre. Trois d'entre elles ont été relativement très heureuses ; la première a été faite sur une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'un énorme épithélioma bourgeonnant du col, qui s'étendait au corps de l'utérus et aux annexes. Je réséquai, avec la pince et les ciseaux, toute la partie du néoplasme qui faisait relief dans le vagin ; je curettai le moignon ainsi obtenu ; à un moment, ma curette plongea brusquement dans la cavité utérine, il s'écoula environ un verre d'un pus fétide et je pénétrai dans une cavité de 9 centimètres de profondeur, dont je curettai soigneusement les parois. Huit jours après, la malade étant fort améliorée, je dilatai le col à la laminaire, et je pratiquai un second curettage, suivi de cautérisation. L'opérée sortit de l'hôpital un mois après, elle a survécu treize mois, sans aucun accident.

La seconde malade, opérée le 22 mars 1890, sortit le 27 mai ; j'avais encore pratiqué le curettage, l'évidement de la cavité utérine, la cautérisatisn au chlorure de zinc. Depuis, la malade se croit guérie, il n'existe aujourd'hui qu'un bourgeon charnu de la grosseur du pouce, au fond du vagin ; il y a lieu d'espérer une longue survie.

Le troisième cas ressemble beaucoup aux deux premiers. Trois autres interventions ont été suivies d'une survie d'un an, de six mois, de sept mois (cette dernière malade vit encore) ; trois autres, de récidive rapide (mort, de un à quatre mois, après l'opération). Dans un cas, je dus pratiquer, au bout d'un an, une seconde intervention ; l'opérée n'a pas été revue ; une fois enfin, la curette pénétra dans le cul-de-sac recto-utérin du péritoine.

J'ai voulu montrer que, par ces excisions, ce curettage, ces cautérisations, on peut enrayer pour nn temps le processus néoplasique ; l'extrémité supérieure du vagin se rétrécit, en quelque sorte, et la récidive se fait dans la profondeur, du côté des annexes, en provoquant des accidents beaucoup moins pénibles.

Double laparotomie à quatre jours de distance pour hémorrhagie.

M. Reynier (Paris). — Une femme de 22 ans entra en médecine à l'hôpital Tenon le 21 octobre 1890, se plaignant de douleurs abdominales. Depuis deux mois elle se croyait enceinte. Le 26 octobre, perte sanguine, puis, le 27 au soir, signes d'une hémorrhagie interne grave. Le lendemain matin je fus appelé, et je conseillai d'attendre, en soutenant la malade par l'alcool et les piqûres d'éther. Le lendemain le pouls était fort, mais fréquent, et la température montait à 39°,4. Je jugeai qu'il fallait intervenir : la laparotomie donna issue à une grande quantité de sang, la trompe droite fut liée et excisée, mais comme la malade tombait presque en syncope, l'opération fut terminée au plus vite, après simple ligature en masse sous les annexes gauches. Tamponnement du bassin avec de la gaze salolée. Le pouls se releva, mais la fièvre persista et, croyant à des accidents infectieux, au quatrième jour j'intervins de nouveau. Il y avait dans le ventre un liquide sanguinolent, en outre, traces de péritonite. Je recherchai et j'enlevai les annexes gauches après évacuation de tout le liquide, je lavai le péritoine à l'eau bouillie, puis je drainai par le vagin et par l'abdomen et je refermai le ventre. La température continua à osciller autour de 39° pendant 3 jours. Mais à ce moment elle tomba définitivement et la convalescence s'établit. La malade a conservé une fistule abdominale pendant 3 mois, puis a entièrement guéri.

Reste à interpréter le fait. Est-ce une simple rupture d'une veine du ligament large ? Est-ce une rupture de grossesse extra-utérine ? Je penche vers cette hypothèse, mais je n'en ai pas la preuve.

Des blessures de l'uretère dans les laparotomies.

M. Pozzi (Paris). — Les blessures de l'uretère dans les laparotomies ont été notées dans les extirpations de kystes rétro-péritonéaux, surtout dans les kystes malins, à évolution rapide, tendant à s'assimiler les parties voisines. J'en ai réuni 3 observations, une de Schopf, une de Gusserow et la mienne.

Deux cas peuvent se présenter :

1° On a affaire à une simple blessure latérale, à une lésion partielle ;

2° L'uretère est arraché, séparé de ses connexions, voué à la mortification, C'est à ce dernier cas que j'ai eu affaire.

Dans le premier, alors que les bouts de l'uretère sont au contact, Schopf a fait la suture des deux bouts, avec une série de fils de soie, comme il aurait fait celle d'une section de l'intestin. Son opérée mourait deux mois après de péritonite. Gusserow fit de même la suture, mais sans le savoir, en liant au fond de la cavité de décortication des débris de kyste malin. Sa malade mourait de péritonite 8 jours après.

Dans mon cas, il s'agissait d'une femme de 53 ans, que je vis en septembre 1890, avec un kyste du côté droit du ventre, intraligamenteux, nullement mobile, qui, en deux mois, doubla de volume, s'accompagna d'amaigrissement, de cachexie, de douleurs vives dans les lombes et dans le côté droit du ventre. Dans un examen sous le chloroforme, je constatai que le kyste adhérait à la paroi postérieure de l'abdomen, était immobile, non fluctuant.

Le ventre ouvert, je trouvai une tumeur charnue, rouge, fait qui du reste n'est pas très rare dans certains kystes recouverts de fibres musculaires hypertrophiées du ligament large. J'incise le feuillet ligamenteux, décortique la partie superficielle et plonge en 3 points le trocart ; les 3 ponctions restent blanches, ce qui tenait à la petitesse des alvéoles et à la viscosité extrême du liquide qui les remplissait. Protégeant alors l'intestin, je fends la tumeur et la vide, après broiement, de son contenu.

Ayant ainsi réduit le volume de la tumeur, je reprends sa décortication et profondément trouve des attaches fibreuses que je dois détacher en m'aidant de la spatule et des ciseaux. Il reste une grande cavité saignante dans laquelle flottent deux grand tractus qui reliaient la tumeur au fond de la poche, je les prends pour des nerfs, je les coupe; l'un était bien un nerf, l'autre creux, le bout vésical de l'uretère. Impossible de trouver son bout supérieur. La poche de décortication débordant la ligne médiane, je ne savais même si j'avais affaire au rein droit ou au gauche. Je cherchai à m'éclairer par le cathétérisme de l'uretère par la vessie, mais je ne pus y parvenir, les rapports de la vessie étant changés. Je fis alors l'éviscération complète et pus voir à droite une filtration rapide.

Dissection rapide du bout supérieur de l'uretère et fixation de ce bout dans la plaie. Résection et ligature du bout inférieur. Tamponnement de Mikulicz avec une sonde au centre. Bien m'en prit, car 8 jours après de l'urine sortit par le pansement. Je dus alors placer une sonde dans la région sus-pubienne, une dans la

vessie, une 3e se trouvait dans le bout supérieur de l'uretère fixé à la peau.

Ultérieurement, j'enlevai le rein droit ; il était sain, deux points de néphrite interstitielle ancienne seulement. Guérison. Ce fait nous montre qu'avec une bonne antisepsie la fistulisation de l'uretère n'entraine pas l'infection du rein et peut par conséquent être employée avec avantage lorsqu'on en trouve l'indication.

Malformation utérine avec hernie inguinale.

M. Roux (de Lausanne) a observé une femme de 36 ans, atteinte d'une hernie inguinale double, d'insuffisance du vagin et n'ayant jamais été réglée. Le coït était possible, agréable même quelquefois, mais la malade demandait à subir n'importe quelle opération pour chercher : 1° à satisfaire complètement son mari ; 2° à être débarrassée de ses hernies ; 3° à avoir des enfants, si possible. M. Roux diagnostiqua une double hernie ovarienne, avec atrésie vagino-utérine. Il doutait fort de pouvoir faire cesser la stérilité, mais il fit ce que désirait la malade. Il fit d'abord une laparotomie et fut tout étonné de trouver les ovaires dans le ventre. Ce qui était dans les hernies, c'était de chaque côté une corne utérine, adhérente à l'épine du pubis par le ligament rond. Le sac herniaire était complet. Cure radicale par deux incisions inguinales. Quelque temps après le vagin fut reconstitué, et les deux conjoints s'en déclarèrent satisfaits.

Fibrome de la paroi abdominale.

M. Ledru (de Clermont) communique une observation de fibrome de la paroi abdominale chez une femme de 27 ans, ayant eu deux enfants, La tumeur avait le volume du poing. Au cours de l'opération, il a fallu réséquer une partie du péritoine (8 cent. sur 5). Suture du péritoine au catgut. La cavité a été assez longue à se combler, mais la malade a bien guéri. M. Ledru admet le rôle étiologique de la deuxième grossesse, et non d'un traumatisme que la malade invoquait. La tumeur n'avait pas de véritable pédicule. La résection du péritoine, dans ce cas, devait être faite sans hésiter plutôt que de chercher à décoller la séreuse.

H. H. — A. B. — L.

IVe CONGRÈS EN MÉMOIRE DE N. I. PIROGOFF

Section d'accouchement et de gynécologie, séance du 7 janv. 1191.

A. A. MOURATOFF. **De la grossesse extra-utérine.** — 1. Au début de la grossesse le traitement doit être opératoire.

2. Attendre la mort du fœtus et la vacuité des vaisseaux est un procédé qui doit disparaître par les progrès de la technique opératoire.

3. Il faut enlever l'œuf tout entier ; quand cela n'est point possible, le drainage est indispensable.

4. La laparotomie est indiquée pour la conservation du fœtus viable.

5. Il n'est point possible d'apprécier actuellement la valeur de l'électricité comme moyen thérapeutique au début de la grossesse.

PROF. G. E. REIN. — *Obs.* 1. Grossesse tubaire de 11 semaines, collapsus. Laparotomie, extirpation de l'œuf, drainage, guérison. — *Obs.* 2. Grossesse tubaire de 2 mois, laparotomie, hématosalpinx abondant, vrai corps jaune ; guérison. — *Obs.* 3. Grossesse tubo-péritonéale de 5 mois. Pendant l'opération le sac fœtal se rompt et son contenu ichoreux, fétide se répand dans le péritoine. Mort en 30 heures. — *Obs.* 4. Grossesse tubaire, rupture au 7e mois, mort du fœtus ; laparotomie au 13e mois, guérison. — *Obs.* 5. Grossesse péritonéale, rupture du sac au 8e mois, laparotomie au 19e mois, extirpation complète, drainage, guérison. — *Obs.* 6. Grossesse intraligamenteuse. Laparotomie au 37e mois ; extirpation totale, enfant vivant et fort (3200 gr.). Guérison.

Ces six cas ont été opérés dans l'espace de 13 mois ce qui indique sinon la plus grande fréquence de la grossesse anormale, du moins les progrès du diagnostic de cet état. La conclusion du rapporteur est qu'il faut intervenir chirurgicalement dans toutes les phases de la grossesse extra-utérine, sauf contre indication formelle à la laparotomie, on recourt alors à l'électricité, aux injections de morphine.

WARNEK a observé 7 grossesses extra-utérines, dont 4 diagnostiquées avec certitude ; sur cinq opérées il y eut un cas de mort par péritonite.

ZAIAITZKY. — La fréquence des grossesses extra-utérines pourrait se lier à l'extension des affections blennorrhagiques.

SOUTOUGUINE cite un cas de grossesse extra-utérine dont le diagnostic fut bien difficile ; on reconnut à l'autopsie l'existence d'un.

fibro-myôme uni au fond de l'utérus par un large faisceau musculaire; les contractions avaient simulé celles d'un utérus gravide, tandis qu'une hématocèle rétro-utérine supposée simple n'était autre chose que le sac fœtal rompu.

PAOUPEROFF. **De l'éclampsie des parturientes et des accouchées.** — A la maternité de Moscou on compte dans l'espace de 12 années sur 46,539 accouchements, 288 cas d'éclampsie, c'est-à-dire 1 éclamptique sur 162 accouchées ; actuellement ce rapport tend à s'aggraver : 1 éclamptique sur 117 accouchées. En 1887, sur 100 éclampsies, 77 après la délivrance ; en 1888, 77,2. Les primipares forment 75,4 0/0. Il y eut intervention opératoire dans 39,8 0/0 ; dans d'autres établissements les opérées constituaient 62,65 0/0 des éclamptiques ; 121 fois l'éclampsie survenue pendant le travail a cessé avec lui ; 62 fois elle a continué et 105 fois elle s'est déclaré après la délivrance. Dans 174 cas l'urine contenait de l'albumine et des éléments figurés. Parmi les moyens de traitement la première place appartient au chloroforme.

SAMCHIN. **Recherches bactériologiques et expérimentales sur l'antisepsie obstétricale et l'autoinfection.** — 70 expériences consistant dans l'inoculation des sécrétions vaginales cultivées à des animaux de la même espèce (lapins. cochons d'Inde, pigeons) ont montré la présence fréquente de microbes et la possibilité de l'autoinfection telle que l'auteur l'a exposée déjà dans des travaux antérieurs.

C. S. ZAIAITZKY. **De la voie sacrée en gynécologie.** — Cinq opérations de Kraske pour cancer envahissant de l'utérus ont donné des insuccès ; le procédé ne paraît pas avoir d'avenir en gynécologie.

S. E. SOLODOVNIKOFF propose quelques modifications à l'opération de Kraske en vue de son application à la chirurgie des organes génitaux internes.

Les ligaments sont sectionnés par voie sous-cutanée à l'aide du ténotome ; une incision transversale. longue de 8 à 10 centim. est faite entre les 3e et 4e trous sacrés ; enfin on enlève un coin osseux à base postérieure, de sorte que la partie inférieure du sacrum avec le coccyx deviennent mobiles et peuvent être redressés pour remédier à un rétrécissement antéro-postérieur de l'excavation.

SOLOVIEFF, SINIZINE, REIN, SOUTOUGUINE, pensent que l'opération de Kraske, très sanglante, ne présente pas d'avantages sur les opérations actuellement en usage.

SLAVIANSKY. **De l'hystéropexie abdominale antérieure.** — Six opé-

rations suivies de succès ont été faites pour remédier à la rétroflexion douloureuse ; trois fois l'hystéropexie fut primitive, l'utérus étant mobile, une fois la ventrofixation secondaire fut précédée de la destruction d'adhérences étendues dans l'espace de Douglas ; deux fois il s'agissait d'une ventrofixation après ovariotomie. Les adhérences provoquées entre l'utérus et la paroi, assez solides pour empêcher la reproduction de l'attitude pathologique de l'organe, sont cependant assez extensibles et laissent à l'utérus une mobilité presque physiologique. La position de l'utérus se maintient même après la grossesse suivie d'accouchement normal ainsi que cela a été observé.

M. WILBOUSCHEVITCH.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Alexander (**W.**). A year's Gynæco-abdominal surgery. *Prov. Med. Journ.* Leicester, 1891, p. 150. — **Barnes.** On the correlation of the sexual functions and mental disorders of Women. *Brit. Gyn. J.* Lond., 1890-91, VI, 390-406. — **Edebohls** (**George M.**). A self-retaining vaginal speculum for operations in the dorsal position. *Med. Rec.* N.-Y., 1891, I, 283. — **Everett.** A Gynecological case. *The Boston Med. and Surg. Journ.*, t. CXXIII, juillet 1890, p. 31. — **Goodell.** What I have learned to unlearn in gynecology. *Med. News.* Philad., 1890, LVII, 560-564. — **Link** (**H.**). Wils of delay and prolonged treatment in pelvic troubles. *Med. Ass.*, Detroit Michigan, 1891, p. 41. — **Löhlein.** Die Frauenklinik einer kleinen Universität, Rede, bei der Eröffnung der neuen Frauenklinik an der grossherzogl. Landesuniversität Giessen gehalten. *Deutsch. med. Wchnschr.* Leipz., 1890, XVI, 1191-1183. — **Ott.** *Select part of practical gynæcology. Lectures delivered in the Grand-ducal clinical Institute Helena Pavlona.* Peter. St.-Petersbourg, 1890. — **Rotch.** Winckel's disease. *Boston Med. and Surg. Journal*, 31 juillet 1890, t. CXXIII, p. 103. — **Sprague** (**W. M. B.**). Electricity vs. the Knife in the treatment of pelvic diseases. *American Lancet.* Detroit Mich., août 1890, vol. XIV, p. 287. — **Thornton Parker.** The treatment of some of the minor cases in gynæcology. *Med. Ass.* Detroit Michigan, 25 février 1891, p. 97. — **Williams.**, The co-existence of heart disease and pelvic lesions. *Edinb. M. J.* 1890-91, XXXVI, 440-450. — **Wilson.** The indiscriminate use o opiates in the pelvic diseases of women. *North American practitioner.* Chicago, janvier 1891, t. III, p. 9.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Bylicki.** Iodoformegaze für gynäkologische Zweckemodificate. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 3, p. 57. — **Cuellar** (**Manuel**). Du curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus. *Th. Paris,* 1890-91, n° 112. — **Delestrée.** De quelques applications de l'électri-

cité en obstétrique et en gynécologie au traitement des hémorrhagies, d'après la méthode d'Apostoli. *Bull. Ac. Roy. de méd. de Belg.* Brux. 1890, IV, 496-516. — **Edis**. On the diagnostic and treatment of metrorrhagia. *Brit. gynæc. J.*, Lond., 1890-91, VI, 335-361. — **Goelet (Aug.-H.)**. The treatment of menorrhagia and metrorrhagia by the Chemical galvano-caustic, Action of the positive pole. *Med. Rec.* N.-Y., 1891, vol. XXXIX, n° 13, p. 366. — **Heitzmann**. Ueber Anwendung der Bäder mit Moorextrakten bei Frauenleiden. *Frauenarzt.* Berl., 1890, V, 385 ; 433 ; 481 ; 544. —**Jorissenne**. Un point méconnu dans le traitement des métrorrhagies. *Arch. de toc.*, janvier 1891, p. 23.—**Michelsen**. Anwendung des Lysol in der Gynækologie und Geburtshilfe. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 2, p. 1.

VULVE ET VAGIN. — **Ardle**. Infantile vulvar hæmorrhage. *Medical News.* Philadelphia, 18 octobre 1890, t. LVII, p. 399. — **Dubois**. *Contribution à l'étude du vaginisme.* Bordeaux. — **Garde**. Case of complete absence of vaginæ. *Austral. Med. Gaz.* Sydney, 1889-90, t. IX, p. 307. — **Lwoff**. Fibrous (croupous) inflammation of vestibulum vaginæ. *Vratch.* St. Pétersb., 1890, XI, 720 ; 749. — **Charles Smith**. Kraurosis Vulvæ. *Buffalo med. and Surg. Journal.* 1890, vol. XXX, octobre 1890, p. 160.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **Byford**. The cure of procidentia uteri. *Medical News*, Philadelphia, 13 déc. 1890, t. LVII, p. 613. — **Cleveland (Clement)**. Perineorrhaphy ; a plea for immediate repair (with the description of a new method of suturing). *Med. Rec.* New-York., 1891, I, 193. — **Edebohds**. A modified Alexander-Adams operation. *New-York med. Journal*, 11 oct. 1890, t. LII, p. 400. — **Goodell (William)** Restoration of lacerat. cervix uteri and perineum. *American. Lancet*, Detroi Mich., déc. 1890, t. XIV, p. 441. — **Gottschalk**. Zur Frage des Einflusses der ventrofixatio uteri auf spätere Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.* 1891, n° 8, p. 153.— **Jaubert**. *Étude comparative des divers modes de traitement de la cystocèle vaginale.* Bordeaux, 1890.— **Le Bec**. Inversion totale de la matrice, irréductible, produite par un fibrome ; hystérectomie par un lien élastique ; guérison. *France méd.* Paris, 1890, XXXVII, 516. — **Melfert**. *Ein Fall von Incarceration des retroflectirten, graviden Uterus mit Abstossung der Blasenschleimhaut.* Greifswald, 1890. — **Chas P. Noble**. Primary perineorraphy, *Medical Age*, Detroit Michigan, 25 oct. 1890. t. VIII, p. 457. — **Schepers**. *Die operative Behandlung der Retroflexio uteri.* Greifswald, 1890. — **Schücking**. Bemerkungen zur vaginalen Ligatur des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1891., n° 13, p. 249. — **Törngren** Nouvelle manière de pratiquer l'hystéropexie vaginale, *Arch. de toc.*, 7 janvier 1891, p. 34. — **Veit**. Die Indicationstellung für die Behandlung der Retroflexio uteri. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1891. Bd XX. Hft 1, p. 59.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Claa**. *Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endométrite du corps.* Paris, 1890. — **Doléris** et **Bonnet**. Métrite cervicale, pathologie et thérapeutique du col. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, janvier, février et mars 1891, p. 21, 90 et 114. — **Fulton**. Lacerations of the cervix uteri. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1890, n° 8, L, 405. — **Gëhé**. Endométrite chronique. Vomissements rebelles. Guérison. *Arch. de Toc.*, janvier 1891, p. 26. — Endométrite cervicale chronique ; paraplégie réflexe. Guérison. *Arch. de Toc.* mars 1891, p. 230. — **Cofestre (R.)**. Contribution

à l'étude du traitement de l'endométrite chronique du corps par le crayon au chlorure de zinc. *Th. Paris*, 1890-1891, n° 42. — **Goodell**. Clinical lecture. Rapid dilatation of the cervix for mechanical dysmenorrhœa. A Phantom Tumor. Condition simulating Peritonitis following an attack of influenza. Pelvic Peritonitis. *The American Lancet.* Detroit Michigan, juillet 1890, t. XIV, p. 241. — **Jurgens**. *Ueber die Genese der sogenannten Schleimpolypen des Cervix uteri und das Verhalten ihres Btutgefässe*. Osnasbrück, 1890. — **Pichevin**. Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée avec la pâte de Canquoin. *Nouv. Arch d'Obst. et de Gyn.*, février 1891, p. 70.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Binkley**. A succesful vaginal hysterectomy. *Med. News*, Philadelphia, vol. LVII, août 1890, p. 214. — **Brewis**. A case of myomectomy for a large fibrocystic tumour of the uterus. *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1889-90, XV, 161-165. — **Büchel**. *Beiträge zur operativen Behandlung der Uterus myome*. Basel, 1890. — **Chrobak**. Zur Extirpatio uteri myomatosi abdominalis. *Cent. f. Gyn* , 1891, n° 9, p. 169. — **Delteil (Jules)**. Des corps fibreux de l'utérus avec inversion (diagnostic et traitement). *Th. Paris*, 1890-91, n° 43. — **Goodell (William)**. Cancer of uterus. Recurrent peri-cæcal abcess. *American Lancet*. Detroit Mich., janvier 1891, t. XV, p. 8. — **Häberlin**. Ueber die palliative Behandlung der inoperablen Uteruscarcinome mit besonderer Berucksichigung der Aetzung mit Chlorzinc. *Cor. Blat. schweiz Aertze*. Basel, 1890, XX, 642-652 — **Helmuth**. Supra-vaginal hysterectomy for Uterine myofibrome. *Nouv. Ann. J. Homœop.* N.-Y., 1890, 3e s. V, 728-741. — **Hofmeier**. Zur Frage der Behandlung und Heilbarkeit der Carcinoma uteri. *München. med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 719 ; 738 ; 869. — **Irish**. Treatment of uterine fibro-myomata by abdominal hysterectomy. *Boston Med. and Surg. Journal*, septembre 1890, CXXIII, p. 289. — **Keller**. Zur Diagnose des Schleimhautsarcoms der Uteruskörpers. *Zeitsch. für Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XX, Hft 1, p. 116. — **Keith (T.)** Study of treatment of Uterine tumours by Electricity. *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1891, p. 156. — **Lauro**. Fibro-mioma, sarcomatoso, sotto mucoso della matrice rose cavitario, e sporgentes dall' orifizio uterino per un grosso segmento ; apportazione della maggior parte col mezzo del serranodi Cintrat, disfacimento dei rendini, guarigione. *Riforma med. Napoli*, 1890, VI, 1395. — **Lohlein**. Carcinoma colli uteri als Geburts complikation. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 10, p. 193. — **Miette (Albert)**. Traitement des fibromes utérins (Méthode Léon Danion). *Th. Paris*, 1890-91, n° 59. — **Nesbit**. A case of total extirpation of the uterus for cancer ; death. *Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 50. — **Perschin**. Grossesse compliquée de cancer du col. *Dnevnik obsh. vrach. pri imp. Kazan univ.*, 1890, 40, I, 1-8. — **Reed**. Clinical observations on vaginal total extirpation of the uterus for cancer. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1890, XV, 745-747. — A discussion of vaginal hysterectomy. with observations on eleven cases whith one death. *Buffalo M. et S. J.*, 1890-91, XXX, 396-406. — **Schauta**. Ueber die Technik der vaginalen Total-Extirpation. *Intern. Klin. Rundschau.* Wien, 1890, IV, 2017 ; 2103. — **Stuart Naine**. Treatment of cancer of the uterus by excavation and cautery. *British Med. Journal*. Londres, 7 février 1891, p. 282. — **Thelen**. Die Total extirpation bei Uterus myom. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 13, p. 250. — **Thiry**. Fibromyôme utérin sous-muqueux. *Presse méd. belge.* Brux., 1890, XLII, 681.

AFFECTIONS PÉRIUTÉRINES; HÉMATOCÈLE; MALADIES DES TROMPES, INFLAMMATION DES OVAIRES, ETC. — **Biggar**. Double pyo-salpinx. *Homœop. J. obst.* N.-Y., 1891, XIII, p. 52. — **Buist**. Is gonorrhæa a cause of pelvic inflammations? *Medical Age*, Detroit Michigan, 26 déc. 1890, t. VIII, p. 557. — **Burford**. On the functions and lesions of the Fallopian tubes, in the light of modern gynæcology. *Homœop. J. obst.* N.-Y., 1890, XII, 531-538; 1891, XIII, 60. — **Carter**. Complete pelvic abscess; complete retention of urine caused by pelvic abcess. *Mass. M. J.*, Bost., 1890, X, 493. — **Coulour**. *Contribution à l'étude de l'hématosalpinx*. Bordeaux, 1890. — **Dunning**. Pelvic abscess; report of five cases, with comments. *N.-York M. J.*, 1890, LII, 514-616. — **W. M. Goodell**. Double oophorectomy for an ovarian cyst of the right and an incipient cyst of the left ovary. Multiple uterine fibroïds with ovarian degeneration. *American Lancet.* Détroit Mich., août 1890, vol. XIV, p. 285. — **Hurd**. Surgical treatment of perityphlitis and of iliac phlegmon. *Med. Age.* Detroit Michigan, 1891, p. 100. — **Keetley**. Three cases of tubercular peritonitis in which abdominal section was performed. *Lancet,* Lond., 1890, II, 1028. — **Loderwijks**. Hœmato-salpinx bif eene zwangere. *Nederl. Fijdschr. v. Verlosk. en Gynæc.*, Haarlem, 1890, II, 140-142. — **Menocal**. Pyo-salpinx izquierdo; histerectomia vaginal completa; curacion. *Rev. de cien. med.* Habana, 1890, V, 229. — **Mordret (E.)** (du Mans). De l'évolution clinique des salpingo-ovarites. *Gaz. des hôp.*, 22 nov. 1890, n° 134, p. 1237. — **Nechajeff**. Laparotomie dans la périmétrite chronique. *Russk. Med.*, St-Petersb., 1890, XVI, 435; 451. — **Noble (P.)**. Pyo-salpinx in relation to sterility in women. *Med. Age.* Detroit Michigan, 1891, p. 103. — **Rouffart**. Observations et remarques relatives au traitement des abcès pelviens. *Cliniq.*, Brux., 1890, IV, 673-680. — **Sarwey**. Salpingo-oophorectomy. Nashville, *J. M. and S.*, 1890, n. s., XLVI, 408-412. — **Zweifel**. Ueber Salpingo Oophorectomie. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX. Hft III, 353.

OVAIRES. — **Cabot**. Dermoid Cyst of ovary. *The Boston Med. and Surg. Journal*, sept. 1890, t. CXXIII, p. 278. — **Goodell**. Removal of an intra ligamentary cyst. *Medical News*, Philadelphia, vol. LVII, sept. 1890, p. 249. — Removal of a dermoïd cyst. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1890, 405-414. — **Rufus B. Hall**. Operation upon cyst of the broad ligament. *The Cincinnati lancet-Clinic*, 27 oct. 1890, t. XXV, p. 762. — **Kellogg**. Report of fifty consecutive cases of ovariotomy, including two of hysterectomy. *Tr. Mich. M. Soc.*, Detroit, 1890 — **Küstner**. Das Gesetzmässige in der Torsionsspirale torquiter Ovarialtumorstiele. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 11, p. 209. — **Lediard**. A case of ovarian tumour, ovariotomy; formation of fœcal fistula; recovery. *Lancet*, Lond., 1890, II, 921. — **Poisson**. Tumeur mixte du ligament large. *Bull. Soc. anat. de Nantes*, 1888, Par., 1890, XII, 125-128. — **Poullet**. Kyste mucoïde de l'ovaire. *Lyon méd.*, 1890, p. 481. — **Ricard**. Occlusion intestinale occasionnée par un kyste dermoïde de l'ovaire; laparotomie; extirpation du kyste; guérison. *Gaz. d. hôp.* Paris, 1891, LXIX, 3. — **Taylor**. Sequel to a case of ovariotomy. *Edinb. M. J.*, 1890-91, XXXVI, 452.

ORGANES URINAIRES. — **Andrejeff**. Treatment of incurable urinary fistula. Case of incurable cysto-urethro-vaginal fistula with complete destruction of urethra. *Vratch.* St Petesrb., 1890, XI, 833; 866. — **Caubet**. Traitement des cystites chez la femme. *Arch. de Toc.*, janvier 1891, p. 1; 89. — **Doublet (Alexandre)**. *De la kolpo-cystotomie dans le traite-*

ment de la cystite douloureuse rebelle. Bordeaux, 1890. — **Etienne.** Calcul vésical chez une femme. Dilatation de l'urèthre. Lithotritie. *Arch. de Toc.*, janvier 1891, p. 30. — **Moore.** Overlooked female urethral troubles. *Medical Standard*, Chicago, novembre 1890, t. VIII, p. 130. — **Mykertchjautz.** Traitement de l'incontinence d'urine par la périnéorrhaphie, etc. *J. akush. i Jensk. boliez.* St-Petersb., 1890, IV, 455-484. — **Neugebauer.** 39 neue Fälle von Cervicalfisteln des Uterus, etc. *Arch. f. Gyn.*, 1891. Bd XXIX. Hft 3, p. 509. — **Reyburn (Robert).** Vaginal lithotomy. *Medical News.* Philadelphia, 25 oct. 1890, t. LVII, p. 421. — **Schauta.** Volkommene cloakenbildung bei gleichzeitiger regelmässiger Aussmundung des Darmes und der Harnrohre. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX, Hft 3, p. 484.— **Stumpf.** Zwei Fälle von Fremd. körpern in der Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 7, p. 138.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Anders.** Report of a case of sarcoma of the omentum and liver. *Medical News*, Philadelphia, 3 janv. 1891, t. LVIII, p. 8. — **Braun von Fernwald.** *Beiträge zur Lehre der Laparatomien mit besonderer Berücksichtigung der conservatiren Myomatomien.* Leipz. et Wien, 1890. — **Buchanan.** Dermoïd Cyst of peritoneum not ovarian-with report of a case of omental Dermoïd treated by laparotomy. *American Lancet*, Detroit Mich., janv. 1891, t. XV, p. 6. — **Cicero.** Breves consideraciones sobre el lavado del peritoneo despues de la laparotomias. *Estudio*, Mexico, 1890, III, 24, 36, 52, 65, 86. — **Deletrez.** Quelques particularités observées dans les laparotomies. *Bull. et mém. Soc. de méd. prat. de Par.*, 1890, LXXXII, 1146-1149. — **Eichberg (Joseph).** The medical treatment of peritonitis. *Medical News*, Philadelphia, 13 déc. 1890, t. LVII, p. 619. — **Fairbank.** Hydatids in the pelvis causing retention of urine, operation, cure. *Tr. clin. Soc. Lond.*, 1890, XXIII, 224. — **Goodell (William).** Phantom Tumors, Abdominal dropsy. Ovaritis-Fibroid tumor of the uterus. *Medical News*, Philadelphia, 25 oct. 1890, t. LVII, p. 409. — **Harris.** Continuous drainage in the treatment of ascites. *Medical News*, Philadelphia, sept. 1890, vol. LVII, p. 300. — **Heintze.** *Ueber Todesursachennach Laparotomie.* Greisfswald, 1890. —**Lauenstein (Carl).** Bemerkung zu der räthselhaften Heilwirkung der Laparotomie bei Peritonealtuberkulose. *Centralbl. f. Chirurgie.* Leipzig, 1890, n° 42, p. 793. — **Manton.** Cases of abdominal section. *The American Lancet.* Detroit Mich., t. XIV, septembre 1890, p. 328. — **Marcy.** The Surgical treatment of non-pedunculated abdominal tumors. *J. Ann. M. Ass.* Chicago, 1890. — **Mendes de Léon.** Een geral van chylus-cyste. *Nederl. Tijdschr.*, v. Verlosk eu Gynæk. Haarlem, 1890, II, 146-149. — **Miller.** Case of successful laparotomy for tubercular peritonitis. *Edinb. med. J.*, 1890-91, XXXVI, 341-343. —**Noble.** The control of hæmorrhage deep in the pelvis, with a report of a case of ovariotomy. *Med. News*, Philad., 1890, LVII, 449. — **Olshausen.** Die Laparotomien der Universitäts-Frauenklinik in Berlin während der 3 Jahre, 1er mai 1887-90. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1891. p. 219. — **Poggi.** *Della fascia ditela nell' estrazione dei tumori soldi del ventre efficacemente usato.* Bologna, 1890. — **Preindesberger.** Beitrag zur Casuistik der Laparotomie bei Tuberculose des Peritoneum. *Wien. klin. Wchschr.*, 1890, III, 713-717. — **Price.** The Surg. conception of peritonitis. *West. M. Reporter*, Chicago, 1890, VII, 213-215. — The motive and Method of Pelvic Surgery. *Medical Age*, Detroit Michigan, 25 nov. 1890, t. VIII, p. 508. — **Robinson.** Treatment of general septic peritonitis. *Medical News*, 6 déc. 1890, t. LVII, p. 594. — **Shoemaker.** Drainage in abdo-

minal Surgery. *Med. and Surg. Reporter*. Philad., 1890, LXIII, 416-418. — **Stephen Smith**. The prevention of schock during and after operations. *Medical News*. Philadelphia, 11 oct. 1890, t. LVII, p. 353. — **Terrillon**. Traitem. chirurgical de la péritonite tuberculeuse. *Semaine médicale*. Paris, 1890, p. 378. — **Thomson**. Experimentelle Untersuchungen ueber die Entstehung von Adhäsionen in der Bauchhöhle nach Laparotomien. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 5, p. 105. — **Van der Veer**. Some of the difficulties met with in abdominal surgery, as illustrated by cases from personal records. *Medical News*. Philadelphia, 25 oct. 1890, t. LVII, p. 411. — **Weiss**. La laparotomie. *Rev. méd. de l'Est*. Nancy, 1890, XXII, 481. — **Wheeler**. Two Cases of laparotomy for tubercular peritonitis. *Med. Communicat., Macs. M. Soc.*, Boston, 1890, XV, 231. — **Wilson**. A case in which a foreign body was left in the abdominal cavity after ovariotomy, and some remarks upon the effects of tapping a unilocular ovarian cyst. *Med. News* Philad., 1891, LVIII, 61-64.

VARIA (TROUBLES NERVEUX STÉRILITÉ, VICES DE CONFORMATION). — **Hepburn**. Malformation of the female organs of generation, vagina duplex and uterus duplex, associated with displacement of the right kidney. *J. Anat. and Phys.* Lond., 1890-91, XXV, 24-30. — **Iomileff**. Stérilité. *Arch. de Toc.*, février 1891, p. 136; 189. — **Krafft-Ebing**. *Psychopathia sexualis m. besond. Berücksicht der conträren Sexualempfindung*. 6e aufl. Stuttgart, 1891. — **Rossignol** (**Francis**). De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus principalement au point de vue historique et clinique. *Th. Paris*, 1890-91, nº 72. — **St Georgescu-Mangiurea**. Endometrita eu salpingita tuberculosa peritonitasi meningita tuberculosa consecutive; morte, necropsie. Spitalul, Bucuresci, 1890, X, 535-539. — **Steinhaus**. *Menstruation und ovulation in ihren gegenseitigen Beziehungen*. Leipzig, 1890.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Delaunay**. *Sur le pronostic et le traitement dans les présentations du siège*. Lille, 1890. — **Morgan**. On spontaneous version. *Australas. M. Gaz.* Sydney, 1889-90, IX, 308. — **Riesenfeld**. *Wird bei der zweiten Drehung des Geburtsmechanismus der Kopf vom Rumpf oder der Rumpf vom Kopfe nach vorn gedreht ?* Würzb., 1890. — **Schatz**. Die Ursachen der Drehung des Kindeskopfes beim Druchang durch das mütterliche Becken. *Deutsch. med. Wchschr.* Leipz., 1890, XVI, 945-947. — **Strassmann**. Ueber Sturzgeburt. *Deutsch. m. Wchschr.* Leipz., 1890, XVI, 968-972.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Abel**. Zur Anatomie der Eileitersschwaugerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung der menschlichen Placenta. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX. Hft 3, p. 393. — **Accouci**. Contributo allo studio dell'anatomia e fisiologia dell'utero gestante et partoriente. *Giorn. d. r. di med. di Torino*, 1890, XXXVIII, 641-638. — **Duval**. De la régénération de l'épithélium des cornes utérines après la parturition. *Compt. rend. Soc. de biol.*, Par., 1890, II, 697. — **Roncaglia**. Ulteriore contributo allo studio della placenta marginata. *Annal. di ostet.* Milano, 1890, XII, 609, 626. — **Webster**. The disposition of the pubic segment in pregnancy and in labour. *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1889-90, XV, 93, 102.

DYSTOCIE. — **Auvard**. Pseudo-rigidité du col. *Arch. de toc.*, jan-

vier 1891, p. 32. — **Bourrus**. Bassin plat rachitique ; diamètre conjugué de six centimètres et demi, grossesse gémellaire ; accouchement provoqué artificiellement à sept mois et demi ; extraction du fœtus par la version. *J. de méd. de Bordeaux*, 1890-91, XX, 60 ; 68. — **Carbonelli**, Contributo allo studio della genesi del bacino cifotico. *Riv. di ostet. e ginecol.* Torino, 1890, I, 241–250. — **Dodge**. Pregnancy and double uterus. *Medical Standard* Chicago, nov. 1890, t. VIII, p. 137. — **Mesnard**. Dystocie par accidents syphilitiques du col. *Arch. de toc.*, 1er janvier 1891, p. 19. — **Orefice**. Frequenti distocie nella provincia di Milano, cause e provedimenti necessar. *Gaz. med. lomb.* Milano, 1890, XLIX, 261-264. — **Pazzi**. Contributo alla statistica ed alla cura della placenta previa centrale con considerazioni cliniche in proposito. *Riform. med.* Napoli, 1890, VI, 1449 ; 1454 ; 1460 ; 1466 ; 1472. — **Toledo (Juan J.)**. Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement (étude analytique et critique). *Th. Paris*, 1890-91, nº 70. — **Vaille**. *Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction.* Paris, 1891. — **Vilpelle (Edouard)**. De la conduite à tenir dans les cas de dystocie due aux épaules. *Th. Paris*, 1890-91, p. 132.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **George Rohé**. The Diet of Lying-In Woman. *The Dietetic Gazette*. New-York, novembre 1890, t. VI, p. 183. — **Le Cudennec (Albert)**. Du palper abdominal appliqué à la recherche du volume du fœtus par rapport aux dimensions du bassin (Palper mensurateur). *Th. Paris*, 1890-91, p. 69.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Baldy**. The diagnosis of early ectopic gestation. *Medical News*. Philadelphia, 20 décembre 1891, t. LVII, p. 659. — **Feicht**. A case of suspected tubal pregnancy ; rupture, death. *Northwest. M. J.*, Minneap., 1890, XVIII, 209. — **Foerster**. Five cases of ectopic gestation. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1890, XXIII, 1204-1215. — **Küstner**. Ueber Extrauterinschwangerschaft. *St-Petersbourg med. Wchschr.*, 1890, N. F., VII, 383-385. — **Lataste**. Expérience à l'appui d'une théorie nouvelle de la gestation extra-utérine. *Compt. rend. Soc. de biol.* Par., 1890, II, 85-91. — **Leslie Dewees**. A case of extra-uterine pregnancy-with spontaneous recovery. *Medical News*. Philadelphia, 4 octobre 1890, t. LVII, p. 330. — **Orthmann**. Ueber Tuberschwangerschaften in der ersten Monaten, mit besonderer Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Befunde. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XX, Hft 1, p. 143. — **Piccinini**. Ezite e trattamento della gravidanza tubaria. *Gaz. med. di Roma*, 1890, XVI, 305 ; 329. — **Regnauld (Eug.)**. Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine. *Th. Paris*, 1890-91, nº 111. — **Smolski**. *Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine dans la 1ere moitié de son évolution.* St.-Pétersbourg, 1890. — **Sutton**. A case of tubal pregnancy with remarks on the cause of early rupture. *Med. Chir. Tr.* Lond., 1890, XXIII, 55-60. — **Terrillon**. Grossesse tubaire de sept mois. *Arch. de toc.*, 1er mars 1891, p. 169. — **Volgt**. Ein Fall von Extra-uterin Schwangerschaft ; Bauchschnitt 14 Tage nach Absterben der reifen Frucht ; etc. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 6, p. 121. — **Wathen**. Laparatomy us. electricity in ectopic pregnancy. *South. M. Rec.* Atlanta, 1890, XX, 493-496.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Casati**. Gravidanza gemellare ; posizione transversa dei due feti ; procidenza d'un funiculo e di due mani ciascuna d'uso feto diverso ; doppia versione podalica. *Raccoglitore med.* Forli, 1890, X, 125-133.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Falk**. The prevention of purulent con-

jonctivitis in the eyes of new Born infants. *Buffalo Medical and Surgical Journal*, février 1891, vol. XXX, p. 406.—**Karl Grossman**. On the prevention of infantile ophtalmia. *British. Med Journal*. London, 7 février 1891, p. 281. — **Lusk**. Life-Saving methods in stillbirths. *Am. J. M. Sc.*, Philad., 1891, 109-116.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Baldwin**. A case of Porro-Cæsarean operation. *Nortwest M. J.*, Minneap. 1890, XVIII, 222. — **Bompiani**. Seconda e terza operazione cesarea con conservazione dell' utero, madre e figli salvi. *Riv. di ostet e ginec.* Torino, 1890, I, 262 ; 273. — **Bradley**. New Method of producing abortion. *Kansas M. J.* Topeka, 1891, III, 1. — **Devos**. Difficulté de la provocation de l'accouchement. *Press. méd. belge*, Brux., 1890, XLII 633-636. — **Foppiano**. *Metodo simplice di perforazione cranica su feto idrocefalico*. Genève, 1890. — **Lasselves**. *Contribution à l'étude de quelques procédés d'intervention dans les positions occipito-postérieures et en particulier du procédé du Dr Loviot*, Bordeaux, 1890. — **Munk**. Ein Beitrag zu den selteneren Indicationen für sectio cæsarea. *Prag. med. Wchnschr.*, 1890, XV, 533 ; 548. — **Sacchi**. Il parto precoce artificiale nelle stenosi pelviche piu comuni (studiato dal lato storico e con speciale riguardo ai nuovi mezzi di allevamento dei bambini immaturi). *Annali di ost. e ginec.* Milano, janv. 1891, p. 41. — **Varnier**. Du dégagement de la tête en position occipito-sacrée. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, 1891, février, 45. — **Walter J. Cree**. Forceps in labor. *American Lancet*. Detroit Mich. Décembre 1890, t. XIV, p. 442.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Abelin**. Contribution à l'étude de la pathologie des suites de couches dans les pays paludéens. *Arch. de toc.*, janvier 1891. p. 43 ; 112 ; 174. — **Arens**. *Ein Beitrag zur Pathologie der Entbindungs-Lahmungen*. Göttingen, 1889. — **Bolling**. A case of placenta prævia ; Death. *Medical News*. Philadelphia, vol. LVII, juillet 1890, p. 66. — **Bossi**. I vizi di cuore nelle gestanti. *Riv. di ost. e ginecol.* Torino, 1890, I, 289-295. — **Chadwick**. Two cases of pregnancy complicated with tumors. *The Boston med. and surg. Journal*, 4 décembre 1890, t. CXXIII, p. 532. — **Chesney**. Pernicious vomiting of pregnancy with report of case. *The North American practitioner*. Chicago, t. II, déc. 1890, p. 461. — **Christian**. Arrested development of the ovum by reason of mal-attachments, and from resulting pathological alterations of placenta. *The American Lancet*, Detroit Mich., t. XIV, sept. 1890, p. 321. — **Chambrelent**. De l'unité pathogénique des différentes formes de l'infection puerpérale. *J. de méd. de Bordeaux*, 1890-91, XX, 78 ; 88. — **Clauss**. *Ueber Schwangerschaft Kompliziert mit Cervix carcinome*. Tübingen, 1890. — **Cleudencis**. Two cases of phlegmasia alba dolens. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1890, XXIII, 1221-1 227. — **Delcroix (Alexandre)**. Etude sur la rupture centrale du périnée en accouchements. *Th. Paris*, 1890-91, n° 133. — **Dylion**. *De l'insertion vicieuse du placenta ; essai de clinique thérapeutique*. Paris, 1890. — **Eberhardt**. *Ub. Gerinnungen in der Placenta*. Th. inaug. Berne 1891. — **Elbing**. Ein Lithopedion im rudimentarën Horn eines Uterus bicornis mit Schwangerschaft des anderen Hornes complicirt. *St. Petersb. med. Wchnschr.*, 1890, VII ; 299. — **Ellis**. Acasa of acuta goitre occurring during the puerperalperiod. *Brit. M. J.* Lond., 1890, II, 1175.— **Faure (Edmond)**. Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées. *Th. Lyon*, décembre 1890, n° 565. — **Fehling**. Weitere Beitrage zur Klinische Bedeutung der Ne-

phritis in der Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX, Hft 3, p. 458. — **Gardner**. The relation of albuminuria to puerperal eclampsia. *Therap. Gaz.* Detroit, 1891, VII, 16-19. — **Taylor (G.)**. Rupture of the vagina and escape of the fœtus and placenta in to the peritoneal cavity. *Medical News*. Philadelphia, 18 octobre 1890, LVII, p. 397. — **Graefe**. Ueber Gebarmutterblutungen als Indication zur Einleitung der Künstlichen Abortus. *Münch. med. Wchnschr.*, 1890, XXXVII, 885-887. — **Howard Fussel**. A case in which cystic degeneration of the Kydneys of a fœtus prevented delivery. *Medical News*. Philadelphia, 10 janvier 1891, t. LVIII, p. 40. — **Hurry**. Case of symmetrical erysipelas, followed by premature labour, and eclampsia on the nineteenth day, *Lancet*, Lond., 1890, II, 822. — **Jaggard**. Leukœmia and pregnancy. *Medical News*. Philadelphia, t. LVII, juillet 1890, p. 49. — **Johnson**. A case of accidentel Hemorrhage from the gravid uterus. *Am. J. obst.* N.-Y., 1890, XXIII, 1215-1221. — **Jorissenne**. Lait putréfié dans la mamelle. *Arch. de toc.*, février 1891, p. 86. — **Kaltenbach**. Ueber Hyperemesis gravidarum. *Munchen. med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 745. — **Liégeois**. Métrorrhagies de cause paludéenne après la délivrance. *Arch. de Toc.*, janvier 1891, p. 28. — **Lockhart**. A case of puerperal convulsions four days after delivery. Atlanta, *M. and S. J.*, 1890-91, VII, 532. — **Meyer**. Remarques sur l'albuminurie pendant la grossesse et les suites de couches. *Kjolenh. med. Selesk. Forh.*, 1889, 82-85. — **Mynlieff**. *Hydrorrhœa gravidarum*, Berl. and Neuwied, 1890. — **Nahmmocher**. Tödtliche Blutung bei einer Hochschwangeren aus einem Varix der Vulva; Sectio Cæsarea post mortem. *Berl. Klin. Wchnschr.*, 1890, XXVII, 961. — **Proben**. Placenta prævia centralis with tranverse presentation. *Med. Rec.*, N. Y., 1891, XXXIX, 81. — **Remy**. Deux cas d'inversion utérine. *Arch. de toc.*, fév. 1891, p. 81. — **Schuhl**. Inertie utérine pendant un accouchement compliqué de tumeur fibreuse du fond de la matrice, *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1890, XXII, 604-606. — Putréfaction intra-utérine pendant la vie fœtale. *Arch. de toc.*, mars 1891, p. 225. — **Stebbins King**. Puerperal tetanus. *Medical Standard*, Chicago, déc. 1890, t. VIII, p. 158. — — **Torelli**. Sulle complicanze renali della gravidanza. *Rivista*, Genova, 1889, VIII, 309-318. — **Varnier**. Des procidences. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, 1891, janvier, 1, 45.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Audebert**. *De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive*. Bordeaux, 1890. — **Braun-Fernwald**. Zur modern Therapie der Abortus. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1890, XXXV, 483. — **Chaleix**. Curage digital de l'utérus dans un cas d'hémorrhagie grave consécutive à un avortement de trois mois. *Arch. de Toc.*, janv. 1891, p. 14. — **Chazan**. Zur Behandlung der Fehlgeburt. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 4, p. 81. — **Fraisse**. Du tamponnement intra-utérin dans certains accidents de puerpéralité. *Arch. de toc.*, mars 1891, p. 162. — **Howald**. *Œthernarcose in der Geburtshülfe u. Gynækologie*. Th. inaug. Bern, 1890. — **Klein**. Zur Therapie der uterus ruptur im Anschlusse an zwei Fälle. *Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1890, XXVI, 1060. — **Long**. The curette after labor and abortion. *Tr. M. Soc. N. Car.*, 1890, Wilmington, 1891, 80-92. — **Moses**. Uterus tamponade bei atonischer Blutung post partum. *Deutsch. med. Wchnschr.*, Leipz., 1890, XVI, 1235. — **Petit (P.)**. Treize interventions pour accidents post partum ; infection puerpérale à forme mixte. *France méd.*, Par., 1890, XXXVII, 657-659. — **Reid**. Anœsthetics in relation to midwifery. *Glascow M. J.*, 1890,

XXXIV, 411-413. — **Wolcott**. Manual delivery in miscarriage. *Homœop. J. Obst.* N.-Y., 1891, XIII, 28-32.

VARIA. — **Ballantyne**. Maternal Impressions, *Edinb. M. Journ.*, janv. 1891, p. 624. — **Cunningham**. Phantom tumours simulating pregnancy. *Texas Cour. Rec. Med.*, Dallas, 1890-91, VIII, 64-57. — **Grossier (Paul)**. La Maternité de l'hôpital St-Louis du 1er janv. 1883 au 1er juil. 1889. *Th. Paris*, 1890-91, n° 78. — **Lardier**. De l'intervention des médecins dans la pratique obstétricale des sages-femmes. *Bull. méd. d. Vosges*. Rambervilliers, 1890-91, V, 19-25. — **Marsais (Gaston)**. Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives. *Th. de Lyon*, décembre 1890, n° 579. — **Poirier (Gustave)**. Des nourrices enceintes, influence de leur grossesse sur l'enfant qu'elles allaitent. *Th. Paris*, 1890-91, n° 73. — **Simons**. The professional, moral and legal responsability of the obstetrician in case of death from puerperal septicæmia. *Med. News*. Phil., 1890, LVII, 479-432. — **Skatkowski**, Ueber das Verhältniss gewisser Durchmesser ders Kindlichen und des mutterlichen Schädels. *Arch. f. Gyn.* Berl., 1890, XXXVIII, 501-510. — **Saurenhaus**. Ueber die Menge des Frucht wassers nach Ausstossung des Kindes. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XX, Heft I, p. 134. — **Tait (L.)**. D. Bache Emmet's case of pregnancy in wich it is alleged the ovum passed entire from the tube out through the uterine cavity. *Am. J. obst.* N.-Y., 1890, XXIII, 1227.

VARIA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Prix Jean Dubreuilh.

Ce prix, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1892.

Pour se conformer aux intentions du fondateur de ce prix, qui a voulu que le sujet à traiter fût un sujet de pratique obstétricale, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante :

Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches.

Les Mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, Secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 29 février 1892, limite de rigueur. Les Membres associés residants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'AVORTEMENT A RÉPÉTITION ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER

Par le Dr **Schuhl**, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy, lauréat de l'Académie de médecine.

INTRODUCTION

Lorsque plusieurs grossesses successives se terminent avant que le fœtus soit viable, on dit qu'il y a avortement à répétition.

C'est l'étude de cette variété d'avortements et des moyens d'y remédier que nous nous proposons de faire dans ce travail.

Nous examinerons les différentes causes de ces avortements et les moyens par lesquels elles produisent l'interruption de la grossesse ; nous dirons ensuite quelques mots de la fréquence relative de ces causes, de leur diagnostic, de l'époque de la gestation à laquelle elles déterminent le plus souvent les fausses couches. Ces différents points seront étudiés dans la première partie de ce travail, intitulée *Étiologie*.

Une deuxième partie comprendra les *moyens de remédier à ces avortements*

PREMIÈRE PARTIE

ÉTIOLOGIE

Lorsque des avortements surviennent à plusieurs reprises chez la même femme, ils ont le plus souvent une cause unique qui, à chaque grossesse, exerce son action nuisible sur le cours de la gestation. Plus rarement, la cause est différente pour chaque avortement, de sorte que les fausses couches successives n'ont entre elles aucun rapport au point de vue étiologique. On comprend facilement que toutes les causes capables d'interrompre la grossesse puissent se rencontrer dans cette dernière catégorie d'avortements à répétition. Dans la première variété au contraire il s'agit d'une étiologie spéciale que nous aurons surtout en vue dans cette étude.

Nous diviserons les causes des avortements à répétition en trois groupes : 1° Causes tenant à la mère ; 2° Causes provenant du père ; 3° Causes dépendant de l'œuf.

I. — Causes tenant à la mère.

Nous étudierons successivement celles qui dépendent de l'état général de la femme : *causes générales*, et celles qui sont liées à un état spécial des organes de la reproduction : *causes locales*.

Causes générales. — 1° CAUSES GÉNÉRALES PHYSIOLOGIQUES ET HYGIÉNIQUES. — *Habitude.* Un premier avortement, suivant un grand nombre d'auteurs, prédisposerait à des avortements ultérieurs, en dehors de toute maladie, par l'effet d'une simple habitude. Cette cause a surtout été invoquée dans les cas où l'examen le plus minutieux n'a pas permis de trouver une autre étiologie des avortements successifs. Pour l'admettre, on s'est basé sur la disposition qu'ont les organes à reproduire spontanément certains actes lorsque ces derniers ont été souvent répétés sous une influence quelconque. Cette disposition à la répétition se

retrouverait dans l'utérus, et les faits observés par Barnes (1) viennent à l'appui de cette opinion. Cet accoucheur a remarqué, lorsqu'il provoquait artificiellement l'accouchement dans plusieurs grossesses successives, que l'utérus répondait aux appels avec une facilité croissante, si bien que le travail finissait par être presque spontané au moment voulu.

Certains faits observés chez les animaux semblent encore indiquer l'action de l'habitude. « Pelé dit qu'une vache qui avorte pour la première fois à quatre mois, si elle peut concevoir encore, avorte pour la seconde fois à un terme plus avancé, et la troisième fois plus près encore du terme normal. Mais après cela les veaux viennent toujours à bien... Une fois que l'avortement a sévi sur les vaches d'une étable, écrit M. Salomé, on peut être sûr qu'il y reparaîtra pendant plusieurs années avec une opiniâtreté désespérante. » (BOULEY. *Nouveau dict. prat. de méd. vétérinaire*, art. Avortement, p. 310.)

On peut objecter, pour tous les avortements qui, soit chez la femme, soit chez les animaux, ont été attribués à l'influence de l'habitude, qu'une autre cause, difficile à saisir, restée inconnue, a pu donner naissance aux fausses couches. Pour les faits observés dans la médecine vétérinaire, Jacquemier (2) croit à l'influence de certaines conditions d'alimentation, de stabulation et d'aération encore mal appréciées qui développent des états infectieux temporaires. Bouley suppose l'existence d'une perturbation de la fonction ovarienne.

Quant à l'espèce humaine, l'influence de l'habitude a également été mise en doute ou niée par un grand nombre d'observateurs.

Hüter (3) en 1864, nie formellement, d'après sa propre expérience, qu'une prédisposition à l'avortement puisse exister après une ou plusieurs fausses couches, et pour lui,

(1) *Traité théorique et clinique d'obstétrique*, trad., CORDES, 1886, p. 336.

(2) *Dict. des sciences méd.* Avortement, t. VII, p. 530.

(3) De l'avortement habituel dans la flexion de l'utérus. In *Monatsch. f Geburtsk.*, 1864, t. XXIV, p. 199.

admettre cette cause, c'est simplement masquer notre ignorance. Dans plusieurs cas qu'il a observés, on aurait pu facilement admettre l'influence de l'habitude, alors que les avortements étaient dus à des flexions utérines difficiles à diagnostiquer.

Hubert de Louvain (1), Bick (2), Lechler (3), Eybert Grandin (4) s'élèvent tous contre cette influence hypothétique. Garimond (5) fait remarquer qu'il est difficile d'admettre une habitude pour un organe tel que l'utérus, qui se renouvelle après chaque grossesse, et dont les fibres nouvelles à chaque gestation n'ont jamais expulsé de fœtus.

Les opinions, on le voit, sont partagées sur le point qui nous occupe. L'influence de l'habitude de l'avortement ne doit, croyons-nous, être admise qu'avec la plus grande réserve, et, dans un cas d'avortement à répétition, ainsi que le dit Eybert Grandin, le microscope et le scalpel permettront le plus souvent de trouver une autre cause de l'interruption de la grossesse (6).

Tempéraments. — On a fait jouer un grand rôle à l'action

---

(1) *Cours d'accouch.*, 1878, t. II, p. 421.

(2) *Aetiologie des Abortus*, 1882. Thèse de Wurzbourg.

(3) *Pathologie und therapie des Abortus*. Th. Berlin, 1883.

(4) De l'avortement habituel. *Arch. de tocologie*, 1884, p. 180.

(5) *Traité théorique et pratique de l'avortement*, 1873.

(6) M. le Dr Budin dans le rapport sur le concours pour le prix Capuron (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1890, p. 589), a signalé un mémoire que M. Nocard a publié en 1886 et qui est intitulé : « Recherches sur l'avortement épizootique des vaches. » (*Recueil de médecine vétérinaire*, 15 septembre 1886, p. 669.) M. Nocard fait remarquer que lorsqu'une vache a avorté, ou bien elle ne parvient plus à être fécondée, ou bien, si elle conçoit, elle avortera de nouveau. Des recherches qu'il a faites sur les causes de cette maladie, il a pu tirer les conclusions suivantes :

« 1° Chez les vaches avortées, même chez les primipares, il existe dans la cavité utérine, entre la muqueuse et les membranes fœtales, notamment dans les cryptes cotylédonnaires, des micro-organismes divers qu'on ne retrouve pas chez les vaches pleines, chez celles même qui ont déjà porté, lorsqu'elles proviennent de pays où l'avortement n'existe pas ;

2° Ces micro-organismes ne paraissent pas exercer une action nocive sur

des différents tempéraments. Mais aujourd'hui, on s'accorde presque généralement à ne reconnaître à cette cause qu'une action limitée, et seulement lorsque les tempéraments sont fortement accentués. Si on a noté, dit Joulin, l'avortement chez une femme nerveuse ou lymphatique, chez mille autres femmes dans les mêmes conditions, on a vu la gestation suivre sa marche régulière. Mais lorsque les tempéraments s'écartent trop des limites physiologiques, ils constituent des maladies qui peuvent être une cause prédisposante de l'avortement. Dans ces cas, il faut quelque chose de plus que l'action de cette cause pour produire la fausse couche ; il faut qu'il s'y ajoute certains troubles fonctionnels qui dépendent du tempérament. Ces restrictions étant faites, voyons comment on a expliqué l'action des tempéraments.

Le tempérament *pléthorique* expose aux congestions, aux hémorrhagies utérines. Si on ajoute à cette action de la pléthore celle du molimen menstruel qui continue à se faire sentir pendant la grossesse, on comprend que l'avortement puisse en être la conséquence, et qu'il soit surtout à craindre aux époques qui correspondent à la menstruation (1).

---

la muqueuse utérine de la mère, soit pendant la durée de la gestation qui doit être brusquement interrompue, soit après l'avortement.

3° L'avortement répété chez le même sujet s'expliquerait bien, si l'on admet l'influence pathogène d'un microbe dans la cavité utérine jusqu'au moment où il pourra exercer cette action sur un nouveau fœtus ou sur ses enveloppes..... »

M. Nocard a trouvé les mêmes micro-organismes dans le tube intestinal et le plus souvent dans le bulbe du fœtus.

Grâce à ces recherches, on connaît aujourd'hui la cause de cette variété d'avortements à répétition, observés chez les animaux, et qu'on pouvait attribuer autrefois à l'influence de l'habitude. En faisant chez la femme des recherches semblables aux précédentes, on arrivera peut-être aux mêmes conclusions. « On sait, dit M. Budin, combien l'observation des animaux et les expériences qui sont faites sur eux peuvent éclairer les points obscurs de la pathologie humaine... Il est probable que, dans un avenir qui n'est pas éloigné, des faits d'avortement à répétition, dont on ignore aujourd'hui la cause chez la femme, pourront être expliqués. De là au traitement rationnel et à la guérison, il n'y aura qu'un pas. »

(1) Nous citerons comme exemples d'interruption répétée de la grossesse

Le *tempérament lymphatique* s'accompagnerait souvent de leucorrhée, de laxité du col, d'atonie des organes génitaux, conditions favorables à la production de l'avortement. Nous examinerons plus loin l'influence de ces états pathologiques de l'utérus.

Le *tempérament nerveux* favoriserait la mise en jeu de la contractilité utérine à la suite d'excitations même légères, et, en outre, par l'action sur les nerfs vaso-dilatateurs produirait facilement de la congestion au niveau des organes génitaux.

Constitution délicate. — La gestation nécessite une suractivité de tous les organes et de l'utérus en particulier; le fœtus pour naître vivant et à terme doit trouver auprès de la mère tous les matériaux nécessaires à son développement. Aussi comprend-on théoriquement qu'une constitution délicate, détériorée puisse prédisposer à l'interruption prématurée de la grossesse.

Très souvent, l'altération de la constitution est accompagnée d'une maladie générale ou locale qui tantôt est la cause, tantôt est le résultat de la constitution ; aussi celle-ci n'est-elle souvent pas seule en jeu dans la provocation des avortements et n'a-t-elle souvent qu'un rôle secondaire (1).

Age. — Les grossesses survenant aux deux extrêmes de la vie génitale seraient particulièrement prédisposées à l'avortement. Suivant Velpeau, c'est entre 20 et 40 ans que les fausses couches sont le moins fréquentes. On a admis que, chez les femmes trop jeunes, l'utérus, n'ayant pas encore son complet développement, ne peut pas se prêter à un accroissement en rapport avec celui de l'œuf et serait obligé d'expulser prématurément son contenu. En outre, chez elles, les matériaux nécessaires au fœtus seraient en grande partie

---

occasionnée par la pléthore, des observations de Smellie (*Obs. sur les accouch.* traduction française, 1756, t. II, p. 244) et de M. Stolz (in DEUBEL, thèse Strasbourg, 1834, p. 21).

(1) FAYOLLES. Thèse, Paris, 1851, p. 12) rapporte un exemple de l'influence de cette cause sur plusieurs grossesses.

détournés au profit du développement encore incomplet de la mère. Chez les femmes trop âgées, les fibres de l'utérus seraient trop rigides pour permettre le développement complet de cet organe pendant la grossesse, les ovules n'arriveraient plus à un développement complet avant leur fécondation.

Joulin croit que ces opinions sont basées sur des raisonnements théoriques plutôt que sur l'observation. Pour lui, lorsque la conception est possible, l'utérus est assez développé pour permettre à la grossesse de suivre son cours jusqu'au terme normal.

Cependant, on peut dire aujourd'hui que des observations montrent nettement l'influence de l'âge, au moins de l'âge précoce, sur l'avortement. Whitehead (1) dit que le mariage avant la puberté est fréquent à Manchester et que l'avortement y est fréquent aussi.

Dans un travail publié par le Dr Jules Rouvier (2) l'influence du jeune âge sur l'interruption de la grossesse est nettement démontrée. Cet auteur a examiné en Syrie 79 femmes mariées avant leur 16e année ; elles ont eu sur 316 grossesses 76 avortements, soit 24 0/0. Quoiqu'on ne soit pas encore fixé exactement sur la fréquence générale de l'avortement, on peut dire cependant que la proportion trouvée par le Dr Rouvier est considérable et bien faite pour démontrer l'influence du mariage précoce sur l'interruption de la grossesse.

Hérédité. — Il arrive quelquefois qu'une mère sujette aux avortements donne le jour à des filles prédisposées également aux fausses couches, et on en a conclu que l'hérédité joue un rôle dans les avortements. On comprend en effet que les mères transmettant souvent à leurs filles leur constitution et leurs dispositions organiques, puissent leur transmettre une prédisposition aux avortements. Gari-

(1) Barnes. *Loc. cit.*, p. 302.

(2) Des mariages précoces et de leurs conséquences. *Ann. de gynéc.*, mars 1889, p. 185.

mond (1) admet que l'hérédité transmet une irritabilité morbide générale ou une irritabilité de l'utérus favorable à la production des fausses couches. Pour Jacquemier (2), l'hérédité agit par la transmission d'une disposition aux hémorrhagies ou d'une excitabilité anormale de l'utérus ou des ovaires. Joulin (3) n'admet l'influence de l'hérédité qu'avec la plus grande réserve. Il est possible, dit-il, en raison de la fréquence des fausses couches, qu'on observe le même accident chez la mère et la fille, mais l'influence de l'hérédité ne peut pas être démontrée.

Mariages consanguins. — Les mariages consanguins ont été admis parmi les causes d'avortements ; mais leur influence a été exagérée et, suivant M. Tourdes (Dict. de Dechambre), est plutôt due à des tares de famille, à des diathèses anciennes.

Embonpoint. — Les femmes extraordinairement maigres, dit Hippocrate, devenant enceintes, avortent tant qu'elles n'ont pas d'embonpoint (Aphor. V, 44). Mais cette influence est généralement rejetée aujourd'hui.

Il n'en est pas de même de l'action de l'obésité qui, malgré le peu d'importance qu'y attache Joulin, semble démontrée par une observation de M. Stolz (Deubel, Th. Strasbourg, 1834, p. 14) et par un cas rapporté par Goubert (*De l'étiologie des avortements à répétition*. Th. Paris, 1878, p. 13).

Fournel (4) rapporte les avortements dus à l'obésité à trois origines : 1° à la vitalité peu considérable du fœtus, dont la nutrition est diminuée au profit de celle de la mère ; 2° à la gêne apportée au développement de l'utérus par la nutrition imparfaite du tissu utérin qui existe dans l'obésité, et par la pression qu'exerce sur la matrice l'épiploon chargé de tissu graisseux ; 3° aux troubles de la circulation et de la respiration maternelles, engendrés par la surcharge graisseuse ou

(1) *Loc. cit.*
(2) *Dict. des sc. méd.* Avortement, p. 529.
(3) *Traité complet d'accouchements*, 1867.
(4) Effets de l'obésité sur les fonctions génitales. *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 183.

par la stéatose parenchymateuse du cœur. Ces troubles ont pour résultats la stagnation du sang maternel dans les sinus utérins et la richesse de ce sang en acide carbonique, conditions favorables aux hémorrhagies utérines, à l'asphyxie fœtale et à la production des contractions utérines.

Altitude. — D'après Saucerotte, les femmes habitant les sommets des Vosges, ont l'habitude, lorsqu'elles sont enceintes, de descendre dans la plaine pour éviter les avortements. C'est sur cette assertion, reproduite dans presque tous les traités d'accouchements, qu'on s'est basé pour attribuer à l'altitude une action sur l'interruption de la grossesse. Paganel (1) explique cette influence par la diminution de la pression atmosphérique qui favorise la congestion de tous les organes, et en particulier celle de l'utérus chez la femme enceinte.

Devilliers (2) l'explique par la fatigue de la marche sur des pentes rapides, agissant comme cause traumatique. Mais, ainsi que le fait remarquer Joulin, Saucerotte ne rapporte le fait que d'une manière très vague, et n'a pas examiné si d'autres circonstances n'étaient pas l'origine des avortements. Du reste, on n'a pas signalé une prédisposition aux avortements dans des pays bien plus élevés que les Vosges.

Climats. — L'influence des climats, en dehors de l'action des affections endémiques qui peuvent exister, ne semble pas être considérable sur la grossesse. Cependant on a remarqué que les Européennes, transportées dans un climat chaud, avortent facilement, probablement à cause de l'anémie profonde qu'occasionne le séjour dans les pays chauds Cette remarque a été faite pour Pondichéry (Inde) (3).

Obs. — Moreau (4) cite l'exemple d'une dame française qui,

---

(1) *Des causes et du traitement de l'avortement.* Th. Paris, 1869, p. 11.

(2) *Dict. de méd. et de chir. pratiques,* Avortement.

(3) Siotis. *Des causes de l'avortement.* Th. Paris, 1859, p. 53.

(4) Goubert. *Loc. cit.*, p. 2.

transportée dans une île de la Méditerranée, ensuite dans l'Océan Atlantique, avorta plusieurs fois de suite. Elle avait porté ses enfants à terme avant son départ. A son retour en France, elle redevint enceinte et n'avorta plus.

Alimentation insuffisante. — Hippocrate avait déjà remarqué que les femmes affaiblies par une mauvaise alimentation étaient exposées à avorter pour la plus légère cause. Depuis, on a eu l'occasion de vérifier ce fait. Nægelé a signalé une épidémie d'avortements pendant la disette de 1816, M. le Dr Villermé (1) a fait en 1816 la même observation. Bourgeois (2) attribue l'avortement dans ces cas à la consistance insuffisante des vaisseaux utéro-placentaires qui, se rompant facilement, amènent la fausse couche ?

On comprend que, si la femme se trouve assez longtemps dans ces mauvaises conditions hygiéniques, l'avortement puisse se produire plusieurs fois de suite, ainsi que cela a eu lieu dans un cas rapporté par Goubert (3).

Repos prolongé. — On admet généralement que le repos est une précaution utile pour prévenir les contractions prématurées de l'utérus. Il existe en effet de nombreuses observations dans lesquelles, après plusieurs avortements, le repos observé pendant toute la grossesse a eu les résultats les plus favorables. Mais il faut se garder d'appliquer ce traitement à tous les cas. En effet, chez certaines femmes lymphatiques, anémiées, à constitution détériorée, le repos prolongé peut aggraver l'état général et favoriser l'avortement qu'il devait combattre. Dennmann (4), Fournier de Lempds (5), Lepelletier (6) mentionnent des cas d'avortements prévenus par l'exercice. Des observations de Joulin (7)

(1) *Mém. de l'Académie de médecine*, 1828, t. I, p. 51.

(2) *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1861, t. XXV.

(3) *Loc. cit.*, p. 16.

(4) *Introd. à la prat. des acc.* Trad. Kluyskens, 1802, t. II, p. 336.

(5) *Ann. clin. de Montpellier*, t. XXVI, p. 344.

(6) *Phys. méd. et phil.*, 1833, t. IV, p. 370.

(7) *Traité complet d'accouch.*, 1867, p. 761.

et de Baudelocque semblent indiquer également les mauvais résultats obtenus par le repos prolongé. Mais nous croyons que si l'état général de la femme n'est pas altéré, le repos, loin de favoriser l'avortement, est au contraire dans quelques cas nettement indiqué pour prévenir les fausses couches.

Obs. — Baudelocque (1) cite l'observation d'une dame qui eut trois avortements à diverses époques de la gestation. Elle avait l'habitude de passer le temps de ses grossesses, tantôt couchée, tantôt sur une chaise longue, le tout d'après les conseils de sa famille. Enceinte pour la 4e fois, elle consulta Baudelocque qui l'engagea à aller prendre un exercice modéré à la campagne. Elle suivit ses avis et accoucha heureusement à terme. Pendant sa 5e grossesse, elle reprit ses premières habitudes sédentaires et elle eut un avortement.

2° Causes accidentelles. — *Traumatismes.* — Les traumatismes peuvent occasionner l'avortement, soit en provoquant la mort du fœtus, soit en donnant lieu à une congestion ou à une hémorrhagie utéro-placentaire, soit enfin en excitant directement la contractilité utérine.

A leur étude se rattache celle des *professions pénibles*, dont les observations suivantes montrent l'influence sur des grossesses successives.

Obs. — M. Edis (2) a cité un exemple dans lequel de simples soins et une diminution du travail permirent à une fille de ferme de conduire à terme trois grossesses après quatre fausses couches.

Obs. — Goubert (3). P..., 34 ans, n'a jamais été malade. Les quatre premières grossesses ont été heureuses, alors qu'elle travaillait à un ouvrage peu fatigant. Elle a été occupée ensuite au découpagé des boutons, travail très pénible nécessitant de *grands efforts*. Elle fit deux fausses couches, la première à cinq mois, la seconde à six mois. Ensuite, pour la 7e grossesse, elle quitte son

(1) *Traité d'accouchements*, Goubert, et *Loc. cit.*, p. 20.
(2) *Répertoire universel d'obst. et de gynéc.*, 1889, p. 189.
(3) *Loc. cit.*, p. 69.

travail pénible, et l'accouchement a lieu à terme. Pas d'antécédents diathésiques du côté du mari.

Émotions morales. — Les émotions morales peuvent être une cause d'avortements ; mais il existe nombre de cas dans lesquels les impressions morales les plus vives n'ont eu aucun résultat fâcheux pour la grossesse. C'est que le plus souvent ces causes n'interrompent la gestation que dans les cas où il existe déjà une prédisposition à l'avortement.

Par quel mécanisme produisent-elles l'expulsion prématurée du produit de la conception ? Tantôt elles amènent directement la mort du fœtus, dont les mouvements deviennent d'abord tumultueux, puis de plus en plus faibles et ne laissent aucun doute sur la nature de la cause de leur disparition ; tantôt elles provoquent des contractions utérines : d'autres fois une hémorrhagie utérine constitue le phénomène initial.

Il est difficile de donner dans ces cas une explication satisfaisante de la mort primitive du fœtus. Peut-être se produit-il quelque chose de semblable à ce qui se passe dans l'allaitement, pendant lequel on voit quelquefois l'enfant ressentir une influence fâcheuse à la suite d'émotions morales vives de la nourrice ? La provocation directe des contractions utérines est plus facile à comprendre, ces contractions étant jusqu'à un certain point sous la dépendance du système nerveux.

Quant aux hémorrhagies utérines, MM. Tarnier et Budin (1) les interprètent de la façon suivante : « Les émotions morales provoquent des troubles circulatoires ; nous pourrions citer, par exemple, les rougeurs subites du visage chez les jeunes filles, ou plutôt les perturbations de l'écoulement menstruel sous une influence morale, écoulement qui, tantôt apparaît, tantôt disparaît. Si on applique ce molimen congestif aux femmes enceintes, on comprend l'hémorrhagie et l'avortement à la suite des émotions morales ».

(1) *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 477.

Schmidtmann (1), Mauriceau (2), Campbell (3) ont rapporté des observations dans lesquelles cette cause a occasionné l'avortement dans plusieurs grossesses successives.

3° MALADIES GÉNÉRALES. — *Intoxication saturnine.* — C'est M. Constantin Paul (4), qui le premier a démontré la prédisposition aux avortements des femmes soumises à l'influence du plomb. Cette prédisposition paraît être la conséquence surtout de la mort intra-utérine du fœtus, qui a été fréquemment observée dans ces conditions.

Il a relaté un grand nombre d'observations qu'il a divisées en plusieurs catégories.

1° Dans la 1re, il montre que chez des femmes qui ont eu des accidents saturnins plus ou moins sérieux, les grossesses sont loin d'avoir suivi une marche naturelle.

Trois femmes ont eu, l'une sur 6 grossesses, 5 fausses couches et un accouchement d'un mort-né ; une autre sur 6 grossesses, 4 avortements ; et une troisième sur 12 grossesse 12 fausses couches.

2° Dans une 2e série, il relate l'histoire de femmes ayant eu des couches heureuses avant de s'exposer à l'influence du plomb, et qui depuis ont vu le produit de leurs conceptions en subir les atteintes.

6 femmes avaient eu 10 accouchements à terme avant de s'exposer à l'intoxication saturnine. Elles ont eu à la suite de cette intoxication sur 43 grossesses, 32 avortements et un accouchement prématuré. Chez deux d'entre elles, il y a eu 8 fausses couches successives.

3° Dans un 3e groupe, une femme exposée à l'intoxication saturnine a 5 avortements sur 5 grossesses. Elle quitte son état, et un enfant bien portant vient au monde.

4° Une 4e série comprend les cas des femmes ayant des grossesses heureuses lorsqu'elles ne s'exposent plus à l'in-

(1) *Summa obs. med.*, t. III, p. 73.
(2) *Mal. des femmes*, obs. 237.
(3) GOUBERT. *Loc. cit.*, p. 20.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 5e série, 1860, t. I, p. 513 et Thèse. Paris, 1861.

fluence du plomb et ayant avorté de nouveau lorsqu'elles reprenaient plus tard leurs travaux.

5° Enfin il démontre que le plomb peut provoquer des avortements alors que la femme n'a pas d'autre accident saturnin que le liseré plombique. Mais, dans ces cas, le résultat est moins défavorable pour le fœtus, les avortements sont plus rares.

En déduisant de la statistique dressée par M. Constantin Paul, les cas où l'intoxication du père a eu une influence sur la marche de la grossesse, on trouve 71 avortements et 4 accouchements prématurés sur 109 grossesses de 20 femmes atteintes d'accidents saturnins. Treize de ces femmes ont eu des avortements répétés.

Intoxication mercurielle. — De même que l'intoxication saturnine, l'intoxication hydrargirique peut provoquer des avortements. A l'appui de cette opinion, deux ordres de faits ont été invoqués : 1° les observations de femmes exposées par leurs professions à l'absorption de ce métal ; 2° l'influence du mercure administré dans un but thérapeutique.

1re *catégorie de faits.* — D'après le Dr Keller (1), dans les fabriques de glaces de Friedrichal, la fréquence des avortements chez les femmes employées aux travaux de l'étamage a décidé l'administration à ne plus employer de femmes mariées.

Le Dr Lizé (2), dans un mémoire traitant de l'influence de l'intoxication mercurielle lente (travaux de chapellerie) sur le produit de la conception, relate plusieurs observations qui montrent que l'intoxication des deux parents ou de la mère seule peut produire des avortements successifs.

Le Dr Bousquet (3) rapporte que chez une femme travaillant à l'étamage des glaces et ayant avorté sans cause appré-

---

(1) *Annales d'hygiène publique*, 2e série, t. XVI, 1861, p. 216.

(2) *Journ. de chimie méd.*, 4e série, t. VIII, août 1862.

(3) *Des causes de l'avortement*. Th. Paris, 1872.

ciable dans le service de M. Depaul, on a retrouvé des traces de mercure dans le placenta.

Tous ces faits démontrent que certaines professions exposant à l'absorption prolongée du mercure peuvent être une cause d'avortement et même d'avortements répétés.

2e *catégorie de faits.* — Les anciens, à quelques rares exceptions près, étaient d'avis de ne pas traiter la syphilis pendant la grossesse, attribuant au mercure une action abortive. Cette opinion semblait confirmée par les observations de Colson (1) qui admet que le mercure absorbé par la mère peut être une cause d'avortement, soit en tuant le fœtus, soit en favorisant les contractions utérines. Mais depuis ces travaux, nombre de femmes syphilitiques ont été traitées pendant la grossesse par le mercure sous toutes ses formes, et la conclusion qui se dégage des observations faites sur ces malades est que le mercure *administré d'une façon rationnelle*, loin d'avoir une influence fâcheuse sur la marche de la grossesse, est au contraire le meilleur remède pour prévenir l'avortement chez les syphilitiques.

Les travaux de Bertin, de Benjamin Bell, de Ricord, Fallot, Devilliers, Diday, Rollet, Jacquemier, Fournier (2), ne laissent plus aucun doute à ce point de vue.

Mais il n'en est pas moins vrai que si le mercure est administré sans précautions, des accidents peuvent survenir, et l'avortement avoir lieu. Nous ne saurions mieux résumer l'état actuel de la science sur ce point qu'en reproduisant les propositions suivantes formulées par M. le professeur Fournier.

« 1° Le mercure n'empêche pas toujours l'avortement de se produire chez les femmes syphilitiques ; mais rien ne démontre qu'il y contribue jamais, alors du moins qu'il est *administré à doses thérapeutiques*, non excessives, non toxiques.

---

(1) *Arch. de méd.*, 1828, 1re série, t. XVIII, p. 24.

(2) *Syphilis et mariage.* Paris, 1880.

2° D'une façon très évidente, il réussit souvent à prévenir l'avortement, à prolonger la grossesse, à la conduire jusqu'à son terme normal. »

Intoxication par le sulfure de carbone. — Cette intoxication que l'on a l'occasion d'observer dans l'industrie du caoutchouc a été bien étudiée dans ses rapports avec les fonctions de la génération par M. Delpech (1).

Chez les femmes employées dans cette industrie, les règles sont très abondantes. Lorsque la conception a lieu, presque toujours l'avortement se produit dans les premiers mois. Delpech se demande, sans pouvoir répondre à la question, s'il y a là l'effet d'une simple stimulation congestive des organes de la génération, ou un véritable empoisonnement, comme on l'observe dans les intoxications alcoolique et saturnine.

Intoxication par le tabac. — On a prétendu que les ouvrières employées dans les manufactures de tabac sont exposées par leur profession aux avortements. M. Bousquet (2) raconte qu'en 1870, l'administration des tabacs dut changer une partie de son personnnel et qu'il survint une véritable épidémie de fausses couches chez les nouvelles ouvrières, à peine au bout de huit jours de séjour dans la manufacture. « Plusieurs, dont les préparations opiacées arrêtèrent le travail, retournèrent à l'atelier et éprouvèrent plusieurs fois les mêmes symptômes; mais bientôt la tolérance finit par s'établir, et la grossesse put, dans quelques cas, continuer son cours. »

Bousquet attribue les fausses couches soit à l'intoxication du fœtus, soit à des troubles de la circulation utéro-placentaire.

Kostial (3) a remarqué que les ouvrières de la fabrique de cigares d'Yglau sont sujettes aux avortements, et que les enfants nés à terme sont chétifs, et vivent rarement. Decaisne,

---

(1) *Industrie du caoutchouc soufflé*, 1863.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Annales d'hygiène publique*, 1871, 2e série, t. XXXVI.

Brochard, Dalaunay, Goyard, etc. (1) admettent les mêmes conclusions. Jacquemart (2) sur 100 cas de grossesse observés chez les ouvrières des manufactures de tabac, a constaté 45 avortements ou accouchements prématurés.

Mais à côté des opinions que nous venons de citer, il en existe d'autres complètement opposées. Le Dr Piasecki n'a noté sur 188 femmes mariées que 47 avortements pour 376 accouchements à terme. Le Dr Ygonin, sur 190 femmes mariées, employées à la manufacture de Lyon, n'a observé des avortements que chez 17 d'entre elles. La statistique dressée à la manufacture des tabacs de Nancy et que M. le Dr Valentin, médecin de cette manufacture, a bien voulu nous communiquer, montre que de 1881 à 1888 il n'y a eu que 41 avortements sur 707 grossesses.

La question de l'influence du tabac sur la provocation de l'avortement n'est donc pas encore complètement résolue, et de nouvelles observations sont nécessaires pour élucider ce sujet. Quoi qu'il en soit, des observateurs consciencieux ont noté la fréquence des avortements, et, en attendant des faits nouveaux, l'attention de l'hygiéniste doit être dirigée sur cette conséquence possible de l'intoxication par le tabac.

Alcoolisme. — M. Lancereaux (3) dit avoir été frappé plusieurs fois de la fréquence des avortements chez les femmes adonnées à l'ivrognerie. Il cite l'opinion de Joseph Franck qui croit que l'abus du vin par les femmes est une des causes principales de l'avortement, des fâcheux accidents de la parturition qu'il est si commun d'observer dans les pays de vignobles.

On a noté chez les alcooliques des métrorrhagies répétées et plus tard, un arrêt définitif de la fonction menstruelle. Cette disposition aux hémorrhagies utérines est probablement un des facteurs de la provocation des avortements.

---

(1) *Revue d'hygiène*, t. II, 1880.

(2) *Revue d'hygiène*, t. II, 1880.

(3) *Dic. des sc. méd.*, Alcoolisme.

Syphilis maternelle. — En parcourant les observations d'avortements à répétition dus à la syphilis, on remarque qu'au point de vue de l'influence de cette maladie sur la grossesse, on peut considérer trois cas : 1° Ou bien le père est seul atteint de cette affection ; 2° ou bien la mère est seule malade ; 3° ou enfin les parents sont tous deux syphilitiques. Nous n'avons pas à nous occuper ici du premier cas qui trouvera sa place dans une autre partie de ce travail. Nous devrions même n'étudier actuellement que l'influence de la syphilis maternelle, à l'exclusion de la maladie du père ; mais dans la pratique, il est assez rare que la mère soit seule malade ; le plus souvent, elle a été contaminée par son mari.

Parmi toutes les causes d'avortement à répétition, la syphilis maternelle est celle qui a l'influence la plus considérable sur l'interruption répétée de la grossesse. Le grand nombre d'observations rapportées par les auteurs ne laisse aucun doute à ce sujet. Il y a peu de praticiens qui, dans leur carrière, n'aient l'occasion de rencontrer des cas de fausses couches répétées dues à cette cause. Nous signalerons le suivant que nous avons observé récemment.

Obs. (personnelle). — Mme S..., 38 ans, épouse en 1873, un homme qui avait contracté la syphilis en Afrique un an auparavant et n'avait suivi qu'un traitement insignifiant. Il contamina sa femme qui était d'une excellente constitution. Mme S... ne suivit aucun traitement antisyphilitique.

1re grossesse en 1874. Accouchement à 7 mois d'un garçon mort-né.
2e — — 1875 terminée à 6 mois.
3e — — 1876 — — 6 —
4e — — 1877 — — 6 —
5e — — 1878 — — 6 —
6e — — 1879 Accouchement à terme d'un garçon qui mourut à 5 mois de bronchopneumonie.

7e grossesse en 1880. Accouchement à 8 mois d'un enfant mort-né.

Devenue veuve, Mme S... se remarie avec un homme sain et devient enceinte en 1889. Au commencement du 8e mois, hémorrhagie utérine due à un placenta prævia. Je fais le tamponnement.

On n'entend pas de battements du cœur du fœtus. Expulsion d'un fœtus macéré. Guérison de la mère.

Les statistiques indiquant la *fréquence des avortements* dus à la syphilis maternelle peuvent jusqu'à un certain point montrer l'influence de cette affection sur les avortements à répétition. M. Fournier (1) a vu 13 femmes syphilitiques mariées à des hommes sains et qui, sur 28 grossesses ont eu 9 avortements, soit 32 0/0. Le même auteur, sur 500 ménages syphilitiques, dont sont issues 1,127 grossesses, a trouvé 230 avortements, soit 20,04 0/0. La proportion d'avortements ou d'accouchements prématurés chez les femmes syphilitiques indiquée par Diday, est de 11/18 ; Stoltz, 2/3 ; Kassowitz, 47 0/0 ; Whitehead, 45 0/0 ; Blaise, 36,8 0/0 (2). M. Charpentier (3) réunissant les statistiques de Dunal, de Fournier, Le Pileur, Fouberg et Siegmund, Weber, Coffin, arrive à cette conclusion : sur un total de 657 femmes syphilitiques, il y a eu 426 accouchements à terme et 231 avortements, soit 28,4 0/0. Ces chiffres indiquent la fréquence des avortements d'une façon générale. Mais différents facteurs peuvent faire varier l'influence de la syphilis sur la marche des grossesses successives. Ces facteurs sont : l'intensité de la maladie, l'âge de la syphilis et le traitement mis en usage. Examinons brièvement le rôle joué par chacun d'eux.

Dans la majorité des cas, il n'existe pas de rapport entre l'*intensité de la syphilis* et les conséquences de cette affection sur la marche des grossesses. Des exemples nombreux montrent en effet que la syphilis légère peut causer des fausses couches répétées (4). D'après M. Fournier, 19 fois sur 20 en moyenne, c'est cette syphilis légère qui, peu traitée, se traduit plus tard par les avortements. Cependant, l'intensité de la maladie est *dans quelques cas* en rapport avec sa gra-

---

(1) *Bulletin médical*, 1889, p. 694.

(2) Thèse d'agrégation, Paris, 1883, p. 84.

(3) *Traité pratique des accouchements*, 1re édition, t. I, p. 597.

(4) M. Fournier. *Bulletin médical*, 1889, p. 821.

vité comme conséquences héréditaires et la syphilis expose alors la femme à des avortements pendant un temps d'autant plus long que cette affection est plus grave.

Si l'intensité de la syphilis n'est pas généralement en rapport avec les accidents de la grossesse, il n'en est pas de même le plus souvent de l'*âge de cette maladie.* A mesure que celle-ci vieillit, son action sur la grossesse diminue. « Le temps, dit Fournier, use, atténue l'influence hérédo-syphilitique, et peut finir par l'annuler. » C'est ainsi qu'on voit des femmes, qui même n'ont subi aucun traitement, expulser successivement des fœtus à des époques de plus en plus éloignées du début de la gestation, puis accoucher enfin au terme normal de la grossesse. C'est ainsi que ces femmes qui n'avaient eu que des enfants morts parviennent au bout d'un certain nombre d'années à expulser des enfants vivants et même sains. On comprend que pour la même raison, une syphilitique devenue enceinte pour la première fois longtemps après le début de sa maladie, puisse mener toutes ses grossesses jusqu'à terme. Dans l'observation suivante de Mireur (1), cette influence de l'âge de la syphilis est nettement accusée.

Obs. — Un jeune maçon contracte la syphilis et se marie au début de la période secondaire. Il contagionne aussitôt sa femme. Surviennent 8 grossesses, dont les résultats se déroulent suivant l'impulsion propre de la maladie, ledit maçon et sa femme restant vierges de tout traitement. Or ces 8 grossesses se terminent de la façon que voici :

1re grossesse. Avortement au 5e mois.

2e — — 7e mois.

3e — Accouchement avant terme. Enfant mort.

4e et 5e grossesses. Enfants vivants, mais syphilitiques, mourant le 1er à 30 jours, le 2e à 45 jours.

6e, 7e et 8e grossesses. Enfants vivants et sains.

C'est pendant les trois premières années de la maladie que

---

(1) M. Fournier. *Bulletin médical,* 1889, p. 772.

les avortements sont surtout à craindre, et parmi ces trois années, c'est la première qui est particulièrement dangereuse. « C'est, à proprement parler, l'année terrible » (Fournier). M. Fournier a vu 90 femmes ayant été rendues syphilitiques par leurs maris et qui sont devenues enceintes pendant la première année de leur maladie ; sur ces 90 grossesses, 50 se sont terminées par avortement ou expulsion d'enfants mort-nés. Après la troisième année, l'influence de la maladie est en général moins considérable et continue à décroître. Mais jusqu'à quelle époque la syphilis est-elle dangereuse pour la grossesse ? Au bout de combien d'années son influence cesse-t-elle de se produire ? Il est impossible de répondre d'une façon précise à cette question. D'après Kassowitz (1), la durée de la contagiosité est de 5 à 8 ans, parfois de 11 à 12 ans. M. Fournier a vu l'influence héréditaire se produire 15 et 16 ans après l'infection première. Henoch a encore vu au bout de 20 ans l'influence de la syphilis sur le fœtus. Mais ces derniers chiffres appartiennent à des faits relativement rares, qui ne se produisent qu'exceptionnellement si la syphilis, outre l'influence du temps, a subi celle du traitement.

Le *traitement spécifique* diminue en effet et même supprime la tendance aux avortements. Grâce à lui, des femmes syphilitiques, ayant fait plusieurs fausses couches, peuvent amener à terme des enfants vivants et sains. Les exemples suivants démontrent ce fait.

Obs. (2). — Une femme syphilitique se marie avec un homme sain. Elle a, en 1885, un enfant syphilitique, lequel meurt à 3 mois. Elle redevient enceinte en 1886. Elle est traitée énergiquement, et elle accouche d'un enfant sain, superbe.

Obs. (3). — Une femme contracte la syphilis. Depuis lors, elle a fait 8 fausses couches, sans pouvoir amener aucun enfant à terme.

---

(1) *Die Vererbung der Syphilis.* Vienne, 1876.

(2) Fournier. *Bulletin méd.*, 1889, p. 819.

(3) Notta, in Fournier. *Syphilis et mariage*, 1880, p. 134.

Elle se soumet à un traitement mercuriel prolongé, devient de nouveau enceinte et accouche d'un enfant à terme, bien portant, lequel est aujourd'hui âgé de cinq ans et n'a jamais eu la moindre trace de syphilis.

Si le temps et le traitement modifient en général l'influence de la syphilis sur la grossesse, il y a cependant des cas où ces deux facteurs ne jouent aucun rôle. Mais ajoutons que ces faits constituent des exceptions rares.

Lorsque la syphilis produit des avortements à répétition, la *cause* de ces accidents semble résider le plus souvent dans la mort du fœtus. Celui-ci périt en effet fréquemment dans le sein maternel et cette mort peut se produire par différents mécanismes :

1° La syphilis est transmise au fœtus, chez lequel elle détermine des lésions graves, telles que péritonite, lésions du poumon, du foie, etc., qui suffisent à expliquer sa mort.

2° En l'absence de maladie des organes fœtaux, on peut admettre que le trouble de la nutrition engendré par l'altération du sang maternel est capable de tuer le fœtus.

3° Les altérations du placenta qu'on rencontre si souvent dans la syphilis sont des causes de la mort du fœtus, en supprimant plus ou moins ses fonctions respiratoire et nutritive.

4° La mort du fœtus peut encore être déterminée par des rétrécissements des vaisseaux du cordon qui ont été notés dans la syphilis par Aedmanson, Léopold.

Dans quelques cas, l'avortement peut être produit par la syphilis autrement que par la mort du fœtus. Ainsi l'hydramnios qu'on rencontre quelquefois dans la vérole peut par elle-même être une cause d'avortement.

Scrofule. — Lugol (1) et Bourgeois (2) ont montré que la scrofule peut être une cause d'avortement. D'après le premier de ces auteurs, l'avortement peut ne pas survenir si la

---

(1) *Rech. et obs. sur les causes de la maladie scrofuleuse.* Paris, 1843.

(2) *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXV, 1861, p. 363.

mère scrofuleuse a été fécondée par un homme sain ; au con traire lorsque les deux parents sont malades, l'avortement serait presque inévitable.

Bourgeois a observé 52 femmes atteintes de scrofule légère ou grave pendant la jeunesse ou pendant la grossesse, mariées à des hommes paraissant sains. Parmi ces femmes, 12, soit à peu près le quart, ont avorté, et ont eu ensemble 37 avortements, c'est-à-dire que quelques-unes ont eu des avortements répétés (1).

Fièvre intermittente. — Les travaux de Goth, de Pasquali et de Bonfils, montrent que si la grossesse chez les femmes atteintes de fièvre intermittente se termine souvent par un accouchement prématuré, l'avortement est au contraire assez rare. Goth (2) sur 46 femmes a noté 27 accouchements à terme, 14 accouchements prématurés et seulement 5 avortements.

Le Dr Bonfils (3) a recueilli 105 observations d'impaludisme pendant la grossesse, parmi lesquelles il n'a trouvé que 12 avortements pour 61 accouchements prématurés. Cette rareté relative de l'avortement nous explique pourquoi nous n'avons pu réunir que deux observations d'avortements à répétition dus à l'impaludisme ; ce sont celles de Pasquali (4) et de Krieger (5).

On a expliqué de différentes façons l'action de l'impaludisme, sur l'interruption de la grossesse. Les principales causes qui ont été invoquées sont : l'anémie de la mère, l'hyperthermie et l'infection du fœtus.

Nous ne dirons rien ici du mode d'action de l'anémie que nous étudierons plus loin. L'hyperthermie, ainsi que cela

---

(1) Des observations d'avortement à répétition ont été également rapportées par GARIMOND (*loc. cit.*, p. 94.), LUGOL (*loc. cit.*, p. 257), MUSCHE. *Journ. de Bruxelles*, 1852).

(2) *Zeitschrift f. Geb.*, t. VI, 1881, p. 17.

(3) Thèse Paris, 1885.

(4) In thèse BONFILS, p. 130, obs. LXXXI.

(5) *Arch. de tocologie*, 1884, p. 189.

est généralement admis, peut provoquer des contractions utérines ou faire mourir le fœtus. Ajoutons que le frisson qui précède les accès de fièvre s'accompagne de congestions dans la cavité abdominale, de congestions dans l'utérus, qui sont quelquefois capables de déterminer le décollement du placenta et l'expulsion du fœtus.

Bonfils a réuni 13 observations de nouveau-nés qui, aussitôt après la naissance, alors qu'ils n'avaient pas eu le temps d'être soumis à l'influence palustre des pays dans lesquels ils étaient nés, présentèrent des signes de fièvre intermittente. D'autre part les observations de Guiraud, de Schuring, de Steiner semblent démontrer la possibilité de l'impaludisme intra-utérin. On peut donc admettre que la mort du fœtus est quelquefois la conséquence de son infection intra-utérine.

4° Troubles du système nerveux. — *Chorée.* — Les avortements à répétition occasionnés par la chorée sont excessivement rares. On comprend cependant que des fausses couches répétées puissent être dues à cette affection. La grossesse compliquée de chorée se termine en effet souvent par l'avortement. Mosler sur 21 cas, cite 4 avortements; Barnes (1) sur 57 cas a trouvé 10 fausses couches. D'autre part, il n'est pas rare de voir la chorée se reproduire lors de plusieurs grossesses successives. Barnes dit même que, lorsque la chorée s'est montrée pendant la première grossesse, elle se produira probablement lors des grossesses ultérieures.

On voit donc que les deux facteurs nécessaires à la production des avortements répétés existent dans la chorée : 1° influence de cette affection sur l'interruption de la grossesse; 2° existence de la chorée pendant plusieurs gestations.

5° Affections de la peau. — *Prurit.* — Le prurit vulvaire ou généralisé constitue une des causes les plus rares de

---

(1) *Obst. Transact.*, 1869.

l'avortement à répétition. Il peut se manifester dans plusieurs grossesses successives, et par suite de la surexcitation nerveuse qu'il produit, déterminer chaque fois l'interruption de la grossesse, ainsi que le démontrent les observations de Maslieurat Lagemart, et d'Evans (1). (*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR LES COURANTS D'INDUCTION

Par **E. Reymond** et **Mally.**

Les observations qui suivent, recueillies dans le service de notre maître le D[r] Terrier, sont celles de malades atteintes de fibromes utérins et traitées par l'électricité. Désirant surtout nous mettre à l'abri des eschares intra-utérines (phénomènes de chimi-caustie dus au passage d'un courant continu), qui s'éliminent fatalement par suppuration, nous avons résolu de nous servir exclusivement de courants induits. Il n'entre pas dans notre esprit de faire ici une comparaison entre les deux méthodes, mais les résultats obtenus dans le peu d'observations que nous avons pu recueillir, nous paraissent assez intéressants et assez heureux pour les indiquer et nous permettre d'appliquer le procédé sur un plus grand nombre de sujets.

La technique opératoire est simple : Un chariot de Dubois-Reymond est actionné par un couple de piles au chlorure de zinc. Des deux électrodes, l'indifférente est représentée par une plaque métallique recouverte d'une peau de chamois humide, la différente par une sonde utérine dont l'extrémité, longue de 3 centim., est seule conductrice, le reste est isolé par un manchon de celluloïde.

C'était là du moins l'excitateur dont on se servait au début; avant que d'être mis en place, il était pendant 5 minutes

---

(1) GOUBERT. *Loc. cit.*, p. 70 et 71.

plongé dans de l'eau en ébullition ; mais d'une part l'ébullition abîmait rapidement le manchon isolant, d'autre part la température à laquelle il était soumis n'offrait qu'une insuffisante garantie, étant donné surtout que l'électrisation était continuée pour chaque femme pendant la période des règles et que les plus grandes précautions aseptiques étaient dès lors nécessaires; aussi a-t-on substitué à cette électrode un excitateur dans lequel le manchon isolant est représenté par un tube de caoutchouc pouvant s'enlever et être changé chaque fois. De cette façon, il est possible de placer la partie métallique dans une étuve sèche à haute température et de la revêtir au moment de s'en servir de son manchon isolant; celui-ci, stérilisé à part dans une étuve à 100°, est conservé dans des tubes de verre comme on le ferait pour une sonde en gomme ordinaire.

Chaque malade subit 3 séances par semaine, chaque séance dure de 5 à 10 minutes au plus. Entre chaque séance les malades prennent des injections au sublimé. La femme étant couchée, on place le spéculum et on introduit la sonde utérine dans l'utérus. Il est important de pénétrer dans la cavité même de l'organe, les applications au niveau du col peuvent être douloureuses et être suivies de coliques utérines. Le cathétérisme doit être fait avec la plus grande douceur, il est généralement des plus simples, la sonde étant de très petit calibre (2 millimètres de diamètre) et la malléabilité de la tige lui permettant de prendre la courbure que l'on veut. Si malgré tout le cathétérisme offre quelque difficulté, on introduit une laminaire très fine qu'on laisse à demeure jusqu'à la séance suivante et qu'on maintient en place par un tamponnement vaginal.

L'électrode utérine est reliée au pôle négatif de l'appareil si on s'adresse à l'élément métrorrhagie, à la borne positive si la malade se plaint surtout de phénomènes douloureux. Le rapprochement des bobines doit être arrêté lorsque les muscles abdominaux entrent en contraction ; dans ces conditions l'application n'est jamais douloureuse; elle ne doit

pas être prolongée au delà de 5 minutes dans le cas de métrorrhagies, ni de 10 minutes dans le cas de fibromes douloureux sans pertes de sang.

Tel est le procédé; nous avons commencé à l'appliquer sur sept malades dont les observations suivent.

Observation I. — Elisa B..., âgée de 42 ans, est fille de salle à l'hôpital Bichat; elle n'a eu qu'une seule couche il y a 22 ans; les premiers accidents dus au fibrome remontent à deux ans et demi environ.

L'évolution du fibrome est intéressante chez cette malade par deux caractères bien accentués; l'abondance énorme des pertes de sang, l'augmentation rapide de la tumeur.

Les pertes de sang ont commencé il y a deux ans; elles n'ont fait que croître depuis cette époque; depuis 6 mois la malade ne cessait de perdre un seul jour; depuis trois mois elle était obligée de garder le lit un jour sur trois environ; ces hémorrhagies avaient amené chez elle un profond état anémique et un amaigrissement notable.

Indiquons, comme accompagnant ce symptôme capital, des douleurs vives, une constipation opiniâtre, de l'œdème des jambes, une élévation de température allant jusqu'à 39°,5, qui se produisait chaque mois pendant deux ou trois jours.

Quant à l'examen physique, il indique l'existence d'une masse énorme remontant à 17 cent. au-dessus du pubis, d'une forme régulière. A droite, un petit fibrome sous-péritonéal glisse sur la masse principale et paraît spécialement douloureux; la malade affirme qu'elle avait le ventre plat il y deux ans; ce que nous avons pu constater, c'est que depuis six mois le fibrome a considérablement augmenté.

L'hystéromètre pénètre de 13 cent. dans la cavité utérine.

Le 22 juillet, on pratique la première électrisation; à la suite de cette séance la malade est prise d'un accès de fièvre (39°,5) qui fait suspendre le traitement pendant quatre jours; la suite montra que cette date correspondait à l'époque normale des règles: ce léger incident eût été évité si le traitement eût commencé de suite après une période menstruelle; de cette façon la faradisation eût eu le temps d'agir pendant trois semaines avant la période mens-

truelle suivante et l'électrisation pendant les règles n'eût eu, dès le début, aucun inconvénient.

Quoi qu'il en soit, les hémorrhagies cessaient complètement quinze jours après, les douleurs diminuaient ainsi que la constipation, et la malade déclarait ne s'être jamais aussi bien trouvée depuis deux ans.

Le 22 août, les règles revenaient et duraient six jours pendant lesquels l'électrisation était régulièremeut continuée sans inconvénients.

Le mois suivant, les règles ne duraient que quatre jours; de même pour les mois d'octobre, de novembre, de décembre.

A partir du 1er janvier, le traitement est suspendu; depuis ce moment, les douleurs et les pertes n'ont pas reparu, mais les règles sont venues en plus grande abondance et ont duré trois jours de plus que les mois précédents.

2 mai. Même état, les règles sont toujours un peu abondantes, mais tendent à diminuer.

Observation II. — Mme V... est âgée de 55 ans, elle n'a pas eu d'enfants ni fait de fausses couches. Depuis dix ans, elle a, à des époques du mois variables, d'abondantes pertes qui tendraient plutôt à augmenter qu'à diminuer depuis quelques années. Elle souffre de vives douleurs exaspérées par toute fatigue et provoquant parfois des crises d'hystérie. Elle se plaint d'une opiniâtre constipation et a souvent de l'œdème malléolaire. Au palper, on trouve l'utérus régulièrement augmenté de volume; l'hystéromètre indique une profondeur de 16 centim.

La première séance a lieu le 20 juillet; à la fin de la séance, la malade a une crise d'hystérie due peut-être à ce que l'extrémité de l'électrode était placée dans le col, l'isthme n'ayant pas été franchi; l'emploi des laminaires empêcha cette faute d'être commise par la suite : en tout cas les crises d'hystérie ne se produisirent plus.

Le 14 août, la malade a ses règles qui ont l'abondance et la durée ordinaires, mais elle accuse un mieux sensible du côté des douleurs.

Le mois suivant les règles sont en retard de trois jours, et ne durent que 48 heures, les douleurs ont presque disparu.

Enfin le troisième mois les règles n'ont été indiquées que par quelques gouttes de sang: la constipation a disparu. Les douleurs

sont nulles quand la malade ne se fatigue pas; elles réapparaissent à la suite d'efforts violents ; quand la malade marche, elle ne sent plus le ballottement douloureux dont elle se plaignait. Le traitement est suspendu pendant deux mois.

Le 15 janvier l'état de la malade est resté assez satisfaisant pour qu'elle cesse complètement le traitement électrique.

La malade revint le 2 mai, nous dit que son état est très satisfaisant sauf quelques douleurs de temps à autre, mais qui ne l'empêchent pas de vaquer à ses occupations.

Observation III. — Mme B... est âgée de 40 ans; elle a eu deux enfants, le dernier il y a 16 ans ; bien réglée encore il y a 4 ans, elle vit à cette époque ses règles devenir fréquentes et irrégulières, en même temps que se faisaient sentir de vives douleurs.

On lui a inutilement fait des pointes de feu, posé des sangsues; elle a subi sept séances de courants continus à haute intensité chez le docteur Apostoli; mais ce traitement n'ayant produit chez elle qu'une exaspération des douleurs, elle l'aurait abandonné d'après le conseil même de M. Apostoli.

La masse fibreuse est située à gauche et en arrière, l'utérus à 11 centim. de profondeur; les pertes de sang ne sont pas assez abondantes pour créer un danger sérieux : il existe d'abondantes pertes blanches.

En somme, la douleur est ici le caractère important; cette douleur est continuelle, horrible par moments, rendant à la malade l'existence insupportable.

La première séance a lieu le 21 août ; elle dure 5 minutes pour commencer ; étant donné que c'est à l'élément douleur qu'on s'adresse plus spécialement chez elle, c'est le pôle positif qu'on place dans l'utérus.

Le 21 septembre, un mois après, les douleurs étaient diminuées, les pertes de sang ne s'étaient pas montrées en dehors des règles qui n'avaient duré qu'un jour ; la malade pouvait faire son ménage sans souffrance vive, ce qui depuis longtemps ne lui était arrivé.

Le 22 octobre, le mieux a fait du progrès, la malade s'est livrée ces jours derniers à de grandes fatigues et se montre toute étonnée de n'avoir ressenti aucune douleur.

Le 25 novembre, la malade cesse de venir sur notre conseil. Elle revient le 9 décembre nous dire que son état continue à être satisfaisant.

Observation IV. (Due à l'obligeance de notre regretté ami Louis). — Mme Coralie B... est âgée de 34 ans ; elle est l'aînée de 7 enfants, tous vivants ; elle-même n'est pas mariée et n'a pas eu d'enfants. Elle habite Paris depuis quelques mois et a été successivement brodeuse, domestique, actuellement femme de ménage. Il y a quatre ans, la malade a eu de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, élancements ; elle a dû prendre quelques jours le lit.

Au commencement de novembre dernier, les mêmes douleurs sont survenues, mais accompagnées cette fois d'abondantes pertes de sang.

Elle entre dans un service de médecine, à l'hôpital Bichat ; au bout de 3 semaines de repos ses douleurs avaient diminué, mais les pertes de sang étaient aussi abondantes ; elle passe alors dans le service de chirurgie.

Le palper indique une augmentation du volume de l'utérus ; le toucher dénonce l'existence d'une salpingite double et d'un fibrome faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur ; ce fibrome est mieux senti encore par le toucher rectal qui permet d'en découvrir plusieurs autres sur la face postérieure de l'organe.

Le 10 décembre, la malade est électrisée pour la première fois ; le pôle négatif est placé dans l'utérus ; le 12, les pertes ont beaucoup diminué ; le 16, elles ont complètement cessé ; la malade se plaint toujours de légères douleurs dans le bassin, on continue le traitement pendant trois semaines ; il est supprimé à ce moment, et la malade qui a été revue depuis lors, se porte bien, ne souffrant plus et ne perdant plus de sang. Le 2 mai, la malade revue nous dit ne plus souffrir et ne plus perdre de sang. Les règles sont régulières.

Observation V. — Mme B..., âgée de 24 ans, n'a jamais eu d'enfants et était bien réglée ordinairement. Il y a 3 mois s'est produite une hémorrhagie qui dure 15 jours et pendant laquelle sont très vives les douleurs de la malade ; les règles des mois suivants sont augmentées de durée et de nouvelles hémorrhagies se montrent entre les périodes menstruelles. Les douleurs ne cessent plus. Le toucher indique dans le cul-de-sac postérieur une petite masse dure, faisant corps avec l'utérus ; l'hystéromètre donne une profondeur de 8 centim 1/2.

Le 24 octobre a lieu la première séance qui dure cinq minutes, le pôle négatif étant dans l'utérus.

Au moment de la deuxième séance, les pertes ont déjà beaucoup diminué; à partir de la troisième, les pertes ont presque disparu ainsi que les douleurs.

Le traitement continue jusqu'au 16 novembre ; à ce moment, l'état de la malade est excellent et elle demande à cesser le traitement. Le 2 mai, nous revoyons la malade qui nous dit s'être très bien portée depuis la cessation du traitement. Pas de métrorrhagie ni de douleurs.

Observation VI. — Mme R... est âgée de 35 ans ; elle a eu deux grossesses, l'une il y a 15 ans, l'autre il y a 4 ans.

Les règles régulières autrefois, sont devenues depuis quelques mois abondantes et douloureuses ; elles se reproduisent tous les vingt jours.

Le toucher indique dans le cul-de-sac postérieur une petite masse très dure, grosse comme une noix paraissant faire saillie sur la face postérieure de l'utérus ; l'hystéromètre donne 10 centim. de profondeur.

Le traitement est commencé à la fin d'octobre ; le 10 novembre l'amélioration qui se produit est notable ; les règles n'ont ce mois-ci qu'une durée de cinq jours et les douleurs ont presque disparu

L'électrisation est suspendue le 17 décembre.

Le 2 janvier la malade revient à la consultation comme on l'en avait priée ; elle ne souffre plus ; les règles qui sont survenues depuis qu'on ne l'a vue ont duré six jours ; leur abondance était normale.

Observation VII. — Mme T..., âgée de 42 ans, n'a jamais eu d'enfants; elle avait toujours été bien réglée et bien portante jusqu'au 14 juillet 1889.

Ce jour-là elle fut prise d'hémorrhagies qui durèrent presque sans intermittences jusqu'au mois de mars 1890. A cette époque, les pertes cessent assez brusquement ; elles réapparaissent il y a 6 semaines et n'ont pas cessé depuis ce moment : il existe d'autres douleurs au niveau des reins et fréquemment de l'œdème malléolaire.

La palpation du fond de l'utérus indique une augmentation de

volume, une irrégularité due à de nombreuses bosselures. Dans le cul-de-sac antérieur on sent un noyau gros comme une noix faisant corps avec l'utérus.

La première séance a lieu le 10 octobre, la malade ne perd pas pendant le reste de la journée; mais les pertes recommencent dès le lendemain; après la deuxième séance la suppression des pertes persiste jusqu'à la troisième séance; dès lors elles ne reparaîtront plus. Les douleurs subissent une amélioration progressive.

A la fin d'octobre, la malade se considère comme guérie et demande à ce que le traitement soit suspendu.

Conclusions. — Les malades dont les observations précèdent pourraient être classées en trois catégories: 1° fibromes qui par l'abondance des hémorrhagies créent pour la malade un danger imminent; 2° fibromes très douloureux; 3° fibromes qui par les pertes et les douleurs qu'ils occasionnent constituent une gêne plutôt qu'un danger immédiat.

L'observation I répond au premier de ces trois types; la vie de la malade avait été plusieurs fois mise en danger depuis quelques mois lorsque le traitement électrique fut essayé sur elle; comme on l'a vu, les pertes diminuèrent notablement au bout de quinze jours et ne durèrent plus que 6 jours dès le mois suivant.

Le type de fibrome très douloureux est représenté par l'observation III, dans laquelle on voit les douleurs diminuer assez rapidement et cesser tout à fait au bout de trois mois.

Dans toutes les autres observations, les douleurs et les hémorrhagies créent une gêne plutôt qu'un danger; les résultats obtenus vis-à-vis de ces deux symptômes se sont fait plus ou moins attendre, mais, comme on l'a vu, ont été sérieux dans tous les cas.

Quant à la tumeur elle-même s'est-elle modifiée sous l'influence électrique? Nous n'avons pas voulu nous servir d'autres moyens de mensuration que celui fourni par l'hystéromètre; or la profondeur de l'utérus n'a nullement diminué dans chacun des cas que nous venons de signaler.

L'heureux résultat produit par l'électrisation sur les dou-

leurs et les hémorrhagies sera-t-il définitif ? cela est peu probable ; mais ce résultat est du moins assez prolongé puisque nous venons de voir plusieurs malades n'étant plus électrisées depuis un ou deux mois et n'ayant pas à se plaindre à nouveau des hémorrhagies et des douleurs.

DE L'ATROPHIE DES MEMBRES DUE A LA PARALYSIE INFANTILE DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE

Par le Dr **V. Baudry** (de Rennes).

Dans le numéro d'août dernier des *Annales de gynécologie*, M. le Dr Chambrelent (de Toulouse), étudiant au point de vue clinique, l'influence de l'atrophie des membres inférieurs sur la grossesse, a cité au chapitre de la paralysie infantile, six observations représentant dix-sept accouchements. Seize se terminèrent spontanément, un seul nécessita l'intervention, et ce fut l'opération césarienne ; mais, comme le fait remarquer l'auteur lui-même, cette observation due à Kourrer de Leyde laisse beaucoup à désirer comme rédaction, et on peut se demander s'il n'y avait pas là des lésions osseuses d'origine rachitique.

Ce nombre d'observations est certainement très restreint si l'on considère le nombre de boiteuses qui doivent leur claudication à la paralysie atrophique de l'enfance, et nous avons cru qu'il serait intéressant de venir ajouter un autre fait clinique à ceux du mémoire précité, à l'appui de la conclusion qui en ressort si nettement : l'atrophie des membres inférieurs due à la paralysie infantile semble, le plus souvent, ne pas influer sur la marche de la grossesse ni sur l'accouchement.

Observation. — Paralysie infantile ayant déterminé l'atrophie des membres supérieur et inférieur droits. Épilepsie. Grossesse suspendant les crises épileptiques. Accouchement spontané, à terme, d'un enfant bien conformé.

(Observation personnelle recueillie dans le service de M. le Dr Perret, à la Maternité de Rennes.)

La nommée Ruel..., Perrine, âgée de 28 ans, primipare, entre à la Maternité le 7 août 1886, au cours du huitième mois de sa grossesse.

Cette femme, enfant assisté du département de la Seine, ne peut, par suite, fournir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires.

Personnellement, elle est d'une intelligence très faible, les renseignements que l'on peut recueillir sur elle viennent autant des personnes chez qui elle a été employée que d'elle-même. Elle a marché d'abord, sans préciser à quel âge, puis, au cours de sa troisième année, elle fut atteinte de la maladie qui lui a laissé cette impotence relative du côté droit que l'on remarque dès l'abord.

La santé générale a été bonne jusqu'à l'âge de seize ans auquel remonte la première menstruation ; c'est à cette époque qu'apparurent les crises d'épilepsie dont elle n'a cessé de souffrir, à intervalles plus ou moins rapprochés, que depuis quelques mois ; il est impossible de faire préciser à la malade la date de sa dernière crise. La menstruation a été toujours assez régulière, puis s'est suspendue depuis le mois de décembre dernier.

L'examen physique de la malade nous permet de constater qu'elle est de taille moyenne, la colonne vertébrale n'est pas déviée, le bassin ne semble pas présenter d'asymétrie. Le membre supérieur droit est très sensiblement diminué de volume, tous ses muscles sont atrophiés, il y a une difficulté marquée dans les usages de la main droite; la malade ne sait pas écrire, son inintelligence ne la fait employer qu'aux travaux les plus grossiers de la ferme. Le membre inférieur droit présente une atrophie aussi marquée que le membre supérieur, les muscles de la cuisse et du mollet ont un volume très nettement inférieur à ceux du côté gauche lesquels sont vigoureusement constitués. Elle marche en traînant la jambe, claudication légère.

L'utérus présente, au moment de l'entrée dans le service, le développement de sept mois et demi de grossesse environ. Le palper, l'auscultation et le toucher concordent pour déterminer la position du fœtus en O.I.G.A. La tête est facilement mobilisable.

Du côté des parties molles et des os du bassin, le toucher ne révèle rien, on ne constate ni rétrécissement, ni asymétrie.

Depuis la date de son entrée dans le service jusqu'à celle de l'accouchement, cette femme continue à se bien porter; elle boit, mange, dort bien, prend un exercice modéré et ne présente pas une seule fois un accident quelconque pouvant rappeler l'épilepsie dont elle était atteinte il y a quelques mois.

Le 28 septembre, elle est prise des premières douleurs. Le travail marche régulièrement, les membranes se rompent sans intervention, et le 19 septembre, à onze heures du matin, dix-huit heures après le début du travail, elle accouche spontanément d'un enfant du sexe masculin, à terme.

Le poids de l'enfant est sensiblement au-dessous de la moyenne, bien qu'il n'ait pas été noté ; néanmoins, il est bien constitué.

Dès le lendemain, la mère peut mettre l'enfant au sein, il le prend très volontiers. La sécrétion lactée s'établit rapidement, abondante, et l'allaitement est facile.

Le 2 octobre, tout à coup, sans cause appréciable, l'accouchée est prise, dans son lit, d'une attaque convulsive, avec perte de connaissance, secousses musculaires, etc... qui dure plusieurs minutes et dont elle ne conserve pas le souvenir après avoir repris sa connaissance qui revient complète aussitôt. L'absence de tout autre symptôme, la netteté de la crise, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature épileptique de cette attaque.

D'ailleurs, deux jours après, le 4 octobre, elle est prise, en notre présence, d'une crise des mieux caractérisées, où la distorsion de la face est surtout très marquée.

Ce sont les seuls accidents des suites de couches; la malade, qui n'a présenté durant son séjour à la Maternité, aucune élévation thermique, sort le 12 octobre sans avoir présenté aucun phénomène nouveau.

L'enfant, allaité par la mère, continue à se porter très bien.

Depuis sa sortie de l'hôpital, cette femme a été complètement perdue de vue.

Comme nous le disions en commençant, cette observation est un fait clinique de plus à ajouter à ceux déjà connus de paralysie infantile ayant laissé persister des atrophies très marquées des membres, sans influence appréciable sur la

conformation du bassin, sur la marche et la terminaison de la grossesse et de l'accouchement ni sur la constitution de l'enfant.

D'autre part, la suspension des crises épileptiques au cours de la grossesse n'est pas exceptionnelle et, de l'avis de la plupart des auteurs, l'épilepsie est le plus souvent améliorée par la gestation ; cependant, nous croyons que les exemples d'une suspension aussi absolue des crises convulsives et leur reprise aussi nette, *trois jours* après l'accouchement ne sont pas très nombreux.

Ce sont ces considérations qui nous ont déterminé à publier cette observation quelque défectueuse qu'elle soit.

REVUE CLINIQUE

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE POUR LA SECONDE FOIS AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Par le Dr **A. Crimail,** chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Adèle C..., femme R..., a déjà subi, avec succès, en octobre 1888, dans mon service de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, une première opération césarienne, observation publiée dans les *Annales de gynécologie* d'avril 1889.

Adèle R..., est une naine non rachitique, à bassin uniformément rétréci et dont le thorax est très développé par rapport aux membres supérieurs et inférieurs ; pas de déviation de la colonne vertébrale, aucune incurvation des membres : les mensurations du bassin me donnent en 1891 les mêmes dimensions qu'en 1888 (1).

En juillet 1890, Adèle R..., vient me trouver à ma consultation me priant de la faire avorter, car je ne peux, me dit-elle, m'y refuser sachant que, par suite de sa conformation, elle ne peut mettre au monde un enfant vivant. Je l'en dissuade et cela, je dois

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1889, p. 273.

le reconnaître, sans peine aucune, mais je lui recommande de venir me trouver dans 3 ou 4 mois.

Profitant de la présence de mon ancienne opérée, je la questionne sur son état de santé et examine son abdomen. Depuis son opération cette femme s'est toujours très bien portée, ses époques très régulières viennent sans douleurs. Vers le mois d'août 1889, c'est-à-dire dix mois après son opération, elle voit apparaître, sans cause connue d'elle, au bas du ventre et un peu à gauche de la ligne médiane une petite grosseur : cette tumeur, qui existe encore aujourd'hui, n'est autre qu'une hernie à la partie inférieure de la cicatrice abdominale, hernie du reste très facilement réductible. L'utérus mobile ne présente aucune adhérence : rien d'anormal ni à la palpation abdominale ni au toucher vaginal.

Adèle R..., ne revient me voir que dans les premiers jours de janvier 1891 ; la grossesse a suivi son cours normal et n'a présenté rien d'extraordinaire. L'utérus normalement développé ne présente aucune adhérence, le fœtus, bien vivant, se présente par la tête. Je dis alors à Adèle R..., et à son mari qu'ils ont à choisir soit entre la basiotripsie avec ses conséquences (mort de l'enfant mais très grandes chances de survie pour la mère) soit entre l'opération césarienne avec un enfant vivant mais avec moins de chances pour la conservation de la vie de la mère. Adèle R..., avec un entrain qui n'est que trop rare, n'hésite pas et préfère exposer son existence pour avoir un enfant vivant. Elle a, me dit-elle, subi déjà cette opération et elle espère bien n'être pas moins heureuse la seconde fois. Il fut donc convenu que dans la première quinzaine de février elle entrerait à la Maternité de Pontoise pour pouvoir y être opérée dès les premières douleurs.

Elle y entra, en effet, le 11 février 1891. Grands bains tous les 3 jours, injections vaginales matin et soir au bichlorure 2/1000. Ordre fut donné de me prévenir dès les premières douleurs.

Le 19 février, à 7 heures du matin, la sœur du service me fait dire que depuis une demi-heure Adèle R..., avait des douleurs. Je me rends aussitôt à l'hôpital et je trouve la femme au commencement du travail : col effacé, dilatation d'une pièce d'un franc, tête se présentant en O.I.D.T. Cet examen des parties génitales a été le seul qui ait été pratiqué pour éviter toute cause d'infection : la hernie observée antérieurement ne paraît plus, l'utérus étant placé en avant des intestins et en empêchant la sortie.

Je fais immédiatement prévenir mes aides et procède moi-même à la désinfection de tous mes instruments que je flambe et fais bouillir dans une solution phéniquée à 5/100. (Pendant toute la durée de l'opération les instruments sont restés plongés dans cette eau bouillie phéniquée.) Pendant que je prépare mes instruments je fais donner à la parturiente un grand lavement par la sage-femme de service; puis, après avoir pratiqué moi-même le cathétérisme de la vessie, je rase les poils du pubis, donne une injection vaginale à la liqueur de Van Swieten, place dans le vagin un tampon de ouate iodoformée, procède avec soin au lavage de la paroi abdominale (lavage au savon, frictions d'éther, d'alcool à 90° et enfin à la liqueur de Van Swieten) et place enfin sur tout l'abdomen une épaisse couche d'ouate hydrophile, imbibée de liqueur, que je n'enlève qu'au moment même de l'opération.

Faisant alors transporter ma malade dans la salle d'opération, je la confie aux soins de M. le Dr Katz chargé de lui administrer le chloroforme avec les précautions d'usage pour les laparotomies: La salle dans laquelle je devais opérer avait été lavée avec une solution de bichlorure, des draps avait été étendus sur le sol et un pulvérisateur à vapeur y avait marché pendant plus d'une heure. Pendant qu'il était procédé à la chloroformisation. M. le Dr Meunier (qui m'avait déjà servi d'aide lors de la première opération pratiquée sur cette femme) et moi-même assurions la propreté chirurgicale de nos mains et avant-bras par des lavages avec liqueur de Van Swieten, alcool, permanganate de potasse et bisulfite de soude. M. le Dr Cesbron qui m'avait envoyé cette malade en 1888 nous assistait également pendant l'opération.

Tout ainsi disposé et certain, autant qu'on peut l'être, de mon asepsie et de celle de mes aides je commence l'opération.

Je pratique l'incision de la paroi abdominale au niveau de la première cicatrice, en arrêtant l'extrémité inférieure à trois travers de doigt au-dessus du pubis (même niveau qu'en 1888) mais je l'augmente à la partie supérieure, et sectionnant l'ombilic par le milieu je dépasse cette région de près de 5 centimètres ; de cette façon j'ai une incision mesurant 16 centimètres de longueur. Dans cette première incision je n'ai compris que la peau et le tissu cellulaire ; la paroi musculaire très amincie est sectionnée en un temps, puis l'épiploon que je maintiens par des pinces à forcipressure, jusqu'ici presque pas de sang. Je vois alors l'utérus

offrant à sa ligne médiane la cicatrice de ma première section : au niveau de cette cicatrice je trouve trois nœuds de la suture précédente que j'avais faite complètement avec du crin de Florence : j'enlève très facilement ces trois crins car la portion du nœud seule existe, le reste des crins ayant complètement disparu.

Après avoir placé aux extrémités supérieure et inférieure de l'incision abdominale des pinces armées d'un sachet de gaze phéniquée bouillie et avoir entouré tout le champ opératoire de gaze également bouillie, je sectionne l'utérus à sa partie supérieure au niveau même de la cicatrice de la précédente opération. Le tissu cicatriciel, très dur, ne peut se déchirer avec le doigt, comme je l'avais déjà fait et je suis obligé de continuer la section avec des ciseaux forts. Pas d'hémorrhagie comme j'en avais eu une précédemment. Je romps avec le doigt les membranes que l'incision utérine avait respectées.

La partie fœtale qui se présente et sort même de l'utérus est le bras gauche, que je rentre dans la cavité utérine pour aller à la recherche d'une extrémité inférieure ; saisissant le pied gauche je pratique la version et retire un enfant, du sexe féminin, bien vivant, du poids de six livres. Plaçant deux pinces sur le cordon que je sectionne, je confie l'enfant aux soins de la sage-femme, Mme Delaplace et procède à la délivrance. Après avoir fait sortir l'utérus de l'abdomen en surveillant bien l'application rigoureuse des parois abdominales le long de l'organe, manœuvre très bien exécutée par le Dr Meunier. La délivrance se fait assez facilement et le placenta est extrait complet avec toutes ses membranes. Toujours pas ou du moins très peu de sang. Aussi n'ai-je pas à appliquer le lien élastique que j'avais préparé pour lier l'utérus, ni à plus forte raison à pratiquer l'opération de Porro.

Après avoir nettoyé avec des sachets de gaze iodoformée la cavité utérine, je place cinq points de suture profonde avec de la soie phéniquée et entre chacune d'elles 4 à 5 points de suture superficielle au crin de Florence : dans mes sutures profondes, je prends bien soin de ne pas pénétrer dans l'utérus et dans mes sutures superficielles d'y comprendre le péritoine.

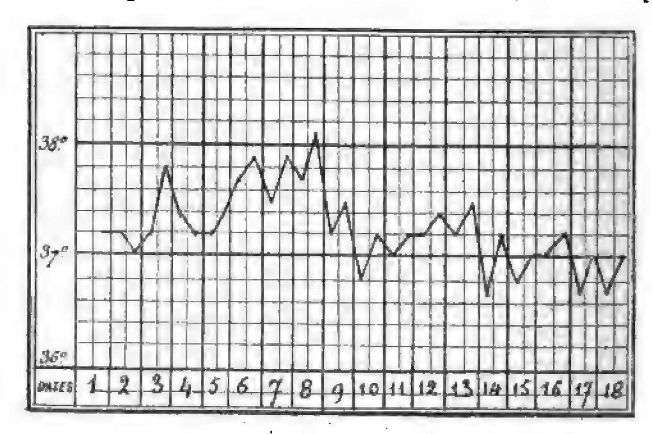
Pour éviter à Adèle R..., une troisième grossesse, je pratique sur chaque trompe une double ligature à environ cinq centimètres de l'utérus et je sectionne les trompes entre ces deux ligatures.

Les trompes ainsi liées et sectionnées, l'utérus complètement

fermé par les sutures superficielles et profondes, je rentre l'organe dans l'abdomen. Je vois alors apparaître sur toute la longueur de la section utérine un suintement sanguin qui n'avait pu se produire jusqu'ici, l'utérus exerçant par sa situation hors de l'abdomen une compression naturelle : ce suintement est, du reste, de courte durée, l'utérus se contractant immédiatement avec énergie. Je mets alors un peu de poudre d'iodoforme sur toute la longueur de la suture utérine et après m'être assuré qu'aucun liquide n'avait pénétré dans le petit bassin, je retire mes pinces armées de sachets de gaze, je place l'épiploon en tablier en avant de l'utérus et procède à la suture de la paroi abdominale. 9 sutures profondes à la soie phéniquée et 23 superficielles au crin de Florence. Pansement à l'iodoforme. Gaze et ouate iodoformées. Injection vaginale à la liqueur de Van Swieten. Dans le vagin, tampon d'ouate iodoformée.

L'opération, à partir du premier coup de bistouri jusqu'à la ligature du dernier point de suture, a duré cinquante minutes : la parturiente a parfaitement supporté le chloroforme et est enchantée, à son réveil, de pouvoir embrasser sa fille. L'enfant du poids de six livres est très bien conformée : les membres sont très droits et ne présentent rien d'anormal.

Les suites de couches ont été absolument physiologiques et jamais mon opérée, le tracé ci-contre en fait foi, n'a eu le plus



léger mouvement fébrile. Les trois premiers jours je prescris du bouillon, du lait et du champagne, puis à partir du 4e jour une

alimentation progressive semblable à celles des autres malades. A partir du 3e jour les garde-robes se font régulièrement tous les jours ; la miction a été naturelle dès le soir même de l'opération. Le septième jour j'enlève tous les points de suture profonds et superficiels ; la plaie abdominale complètement cicatrisée n'offre pas une seule goutte de pus ; dix jours après l'opération Adèle R.., est transportée dans la salle commune. Dès le premier jour l'enfant, mise au sein, l'a parfaitement pris et depuis continue à teter sa mère qui est une fort bonne nourrice.

Enfin le 15 mars, c'est-à-dire 25 jours après l'opération, Adèle R..., demande son exeat.

A cette époque, le ventre est souple, l'utérus revenu dans le petit bassin ne présente aucune adhérence. A environ 2 cent. en dehors, et à l'extrémité inférieure de la cicatrice abdominale on sent une petite ouverture qui permet l'introduction de l'index et par laquelle se fait une petite hernie de l'intestin.

Depuis j'ai revu mon opérée : elle se porte très bien, a continué à nourrir son enfant qui se porte aussi à merveille.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

15e SESSION DE L'ASSOCIATION GYNÉCOLOGIQUE AMÉRICAINE

Buffalo, les 16, 17 *et* 18 *septembre* 1890.

Grossesse extra-utérine.

La discussion commença par une communication de A. W. JOHNSON (Dauville), qui étudie les conditions de la formation du placenta qui normalement dépendrait de l'action spéciale de la cellule spermatique sur le tissu lymphoïde de l'endomètre dénudé ; dans la grossesse tubaire, la chute de l'épithélium cilié permettrait sa production. A propos du traitement, il s'élève avec force contre l'emploi de l'électricité qui lui semble dangereuse en pratique, irrationnelle en théorie et désastreuse dans ses résultats. M. D. MANN (Buffalo), H. P. C. WILSON (Baltimore), SKENE (Boston) emploient au contraire l'électricité dans les premiers mois, avant la rupture, dès qu'ils ont des présomptions de grossesse extra-utérine. Le diagnostic de celle-ci serait du reste possible au dire

de KELLY (Baltimore) qui, dans une étude complète de la grossesse extra-utérine, en indique les principaux signes : aménorrhée suivie d'un écoulement irrégulier et atypique ; douleur dans la partie inférieure du ventre, tumeur fluctuante, augmentation de volume de l'utérus ; expulsion de membranes ; lait dans les seins ; diminution à un certain moment du volume de la tumeur, impliquant la mort du fœtus. Il a pu ainsi diagnostiquer et opérer une grossesse tubaire avant sa rupture, ce qu'a fait aussi TUTTLE dans un cas qu'il présente. L'emploi de l'électricité comme mode de traitement est rejeté par J. M. BALDY (Philadelphie) et Jaggard (Chicago) ; ce dernier a fait 10 laparotomies pour grossesse extra-utérine et a obtenu 10 guérisons.

Traitement des fibromes par l'électricité.

De la discussion à laquelle prirent part W. C. FORD (Utica), TREMAND, WILSON, SKENE, MYNTER, GEO. KEITH, ROSEBRUGH semble résulter ce fait que l'électricité agit surtout dans les fibromes muraux et cet autre que ce qui importe, ce n'est pas la variété d'électrode employé, mais le courant auquel on a recours, ce qu'il faut c'est une désintégration chimique et non une action caustique.

Pour cela on se servira de piles à tension faible, juste suffisantes pour vaincre les résistances, mais à ampérage élevé. Seul GEO. KEITH croit à une action de l'électro-caustie intra-utérine.

Du drainage après la laparotomie.

La question du drainage après la laparotomie, soulevée par THOMAS A. ASHBY (Baltimore) a été diversement appréciée. Tandis que A. PALMER DUDLEY (New-York), H. P. C. WILSON (Baltimore) et MANN (Buffalo) le rejettent, cherchent par l'emploi de purgatifs le matin même de l'opération à obtenir le drainage par l'intestin, ASHBY, HUNTER ROBB (Baltimore) et E. C. DUDLEY (Chicago), le préconisent dans un grand nombre de cas. ASHBY se sert d'un tube de verre par lequel il fait des aspirations avec une seringue, au bout de 12 à 48 heures il remplace le tube de verre par un drain de caoutchouc ; H. ROBB absterge l'intérieur du tube avec un tampon de coton porté sur une longue pince ; DUDLEY préfère le tamponnement aseptique, craignant de déchirer des adhérences, il n'enlève le sac extérieur de gaze qu'au bout de 8 à 15 jours.

De la fixation vaginale du moignon dans l'hystérectomie abdominale.

Byford (Chicago) a, dans 8 cas. traité le pédicule de la façon suivante : après extirpation de la tumeur et décollement de la vessie, il incise la paroi vaginale antérieure, et, à travers cette incision, attire dans le vagin, à l'aide d'un ténaculum, le pédicule. Il suture le feuillet vésical du péritoine au péritoine qui tapisse la face postérieure du moignon ; puis, il applique sur le pédicule un clamp qui est laissé dans le vagin jusqu'à détachement de l'eschare, qui survient du 10e au 14e jour. Kelly a adopté une méthode mixte. Le pédicule est suspendu, pour ainsi dire, à l'angle inférieur de la plaie au moyen de sutures, et son péritoine est suturé au péritoine pariétal, on applique ensuite un clamp, et on recouvre avec un bandage qui n'est enlevé qu'au bout de 5 à 6 jours. Il reconnait à la méthode de Byford deux avantages : prévenir la hernie, réaliser parfaitement le drainage. Mais il la croit peu pratique dans le cas de pédicule volumineux. Polk est d'avis de recourir à la méthode de Kelly ou plutôt à celle de Byford, toutes les fois qu'on a réussi à confectionner un pédicule. Il considère qu'il est impossible de désinfecter assez rigoureusement le col, pour qu'il n'y ait aucun danger à l'abandonner dans la cavité péritonéale. Dudley se déclare partisan résolu du procédé de Byford ; d'après lui, il serait toujours possible de réduire suffisamment le pédicule pour que la méthode soit applicable. Skene fait remarquer qu'il y aurait peut-être avantage à dilater et à inverser le col. A tant faire que d'ouvrir le vagin, mieux vaut enlever le col. T. Johnson fait ressortir les avantages de la méthode de Bantock, dont les traits essentiels consistent dans l'emploi du serre-nœud, la suture du péritoine au pédicule sous le clamp, et le traitement extra-péritonéal du moignon. Comme W. Skene, il pense que si l'on ouvre le vagin, il est préférable de supprimer le pédicule.

Lésions des uretères pendant le travail.

De la communication faite par Skene, il résulte que l'uretère peut être lésé au cours de l'accouchement, par la tête fœtale, la main de l'accoucheur, le forceps, et que l'accident est favorisé par l'écoulement prématuré des eaux. A l'autopsie d'une femme, morte la 2e semaine après son accouchement, on constata une lésion de l'uretère gauche, les traces d'un processus de suppura-

tion développée à ce niveau et une néphrite aiguë, altérations pathologiques qui fournirent l'explication d'une terminaison dont la cause échappait. PAGGARD pense que les uretères peuvent être troublés dans leur nutrition au cours de la grossesse, et que les lésions qu'ils présentent dépendent plutôt de l'augmentation de la tension abdominale que des effets d'une compression directe.

Anomalie de situation de l'uretère, opération, guérison.

Le cas rapporté par DAVENPORT concernait une femme de 29 ans, sujette toute sa vie à de l'incontinence d'urine. L'auteur constata que l'un des uretères s'abouchait, non dans le vagin, mais dans le méat, après avoir cheminé dans la paroi antérieure du vagin. Il disséqua le canal, et l'aboucha dans la vessie. Une seconde opération fut nécessitée par la persistance d'une fistule vésico-vaginale. *Guérison.* BYFORD signale un cas analogue opéré, également, avec succès.

Céphalématome.

A l'occasion de cette communication dans laquelle KELLY rappelle les caractères du céphalématome, caractères bien connus aujourd'hui (épanchement sanguin collecté entre le péri-crâne et les os du crâne, présence d'un bourrelet osseux limitant la tumeur, etc.), JAGGARD insiste particulièrement sur la variété interne, dans laquelle le diagnostic est impossible et qui échappe aux moyens médicaux. FREDERICKS relate deux cas qui se terminèrent par la mort.

Sur un cas de laparotomie pour douleurs intra-pelviennes datant de seize ans.

La communication d'ASHBY est basée sur l'observation d'une femme âgée de 30 ans, qui souffrait de douleurs pelviennes depuis la puberté. Traitement local et général avaient échoué. Ashby fit la laparotomie, enleva trompes et ovaires, opération qui fut suivie d'une complète guérison. L'ovaire gauche, comme enfoui entre deux plis des ligaments larges, était petit, et bourré de corps jaunes dont plusieurs presque aussi volumineux que des corps jaunes de la grossesse, leur cicatrisation évidemment s'était trouvée retardée du fait des rapports anormaux de l'organe avec les ligaments larges. KELLY condamne formellement la laparotomie « *faite contre la douleur* » ; d'après lui, il serait toujours possible de dia-

gnostiquer des altérations même légères, à l'aide de l'exploration bimanuelle combinée avec l'anesthésie et l'abaissement de l'utérus. DUDLEY et POLK contestent qu'il soit toujours possible de formuler un diagnostic et reconnaissent qu'on est, en certain cas rebelles, autorisé à faire la laparotomie. D'autre part, ils pensent qu'on peut, en certains cas, ne pas extirper en totalité les ovaires; qu'il suffit quand il existe par exemple de rares kystes de les inciser, ou bien de se contenter d'une résection partielle, comme le prouvent certains faits de leur pratique. BYFORD est d'avis, qu'après avoir employé les autres moyens, on est en droit de faire la laparotomie ; mais il estime que, si l'on touche à l'ovaire, il est préférable de l'extirper complètement, parce que les opérations partielles ne peuvent être que le point de départ d'adhérences et par suite d'accidents ultérieurs. MAUN exprime des opinions analogues, et fait, en outre, remarquer qu'il est des altérations de l'ovaire appréciables seulement au microscope et néanmoins suffisantes pour provoquer des douleurs ; il pense aussi qu'on a dû maintes fois faire la laparotomie pour des accidents qu'on mettait sur le compte soit d'affections ovariques ou tubaires et qui, en réalité, dérivaient d'un processus pathologique des uretères. JOHNSON se prononce également contre les opérations partielles sur l'ovaire.

Ressemblance de quelques formes d'affections bénignes avec des affections malignes.

JENCKS étudie, dans son travail, divers états pathologiques, bénins en réalité, mais qui, par certains côtés, sont de nature à faire croire à une affection maligne. Il cite, en particulier, un cas dans lequel une éponge, oubliée dans le vagin, avait provoqué des hémorrhagies, un écoulement fétide, et fait soupçonner, à tort, l'existence d'un cancer. Il est des tumeurs ovariques, associées à des métrorrhagies, qui donnent lieu à des méprises, DUDLEY, dans sa première laparotomie, crut avoir affaire à un kyste ovarique de nature bénigne. Au cours de l'opération, partie du liquide kystique tomba dans l'abdomen, liquide qui contenait sans doute des cellules de nature demi-maligne, qui se greffèrent sur le péritoine congestionné, et devinrent le point de départ d'un néoplasme malin. La femme mourut 5 mois après, d'un sarcome développé au niveau du fond de l'utérus. MYNTER fit pratiquer la laparoto-

mie, chez une femme d'une cinquantaine d'année, pour une tumeur abdominale, compliquée d'ascite mais à marche lente et n'ayant pas amené de la cachexie. On croyait se trouver en présence d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus ; il s'agissait en réalité d'un cancer de l'épiploon.

De la restauration des déchirures périnéales intéressant le sphincter anal, par la méthode à lambeaux.

DUDLEY (de New-York) considère cette méthode comme la plus simple et la plus sûre dans les résultats. Mais, il conseille de ne pas trop viser à la rapidité. Il réunit le rectum par une suture continue au catgut ; le périnée avec des fils d'argent et se sert de catgut pour les points supérieurs. DUDLEY (de Chicago), ne croit pas que le procédé à lambeaux permette toujours d'obtenir la restauration du périnée. De fait, il n'est pas de méthode qui convienne pour toutes les déchirures. Il se sert, pour les sutures du rectum, de huit fils de catgut, et de fils de soie pour le reste. Il a remarqué, d'autre part, que ce n'est pas tant le volume du corps périnéal que sa situation qui importe ; un périnée même court, mais qui remonte près du pubis, est en général suffisant. POLK fait jouer un rôle important au muscle releveur de l'anus, surtout aux fibres qui, de la face postérieure des pubis, rayonnent sur les côtés et la face postérieure du rectum. Quand elles ont conservé leur tonicité, elles ramènent les tissus dans la position indiquée par Dudley, « haut, au-dessous du pubis ».

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 27 janvier et 14 avril 1891.

Présentations : GUÉNIOT. **Kystes séreux du foie chez un fœtus à terme, affecté de vices de conformation multiples.** — Fœtus venu mort, à la suite d'un travail laborieux causé par un volume exagéré. Il présentait des malformations multiples : anencéphalie, absence des organes génitaux externes, 6 doigts à chaque main, 6 orteils à chaque pied. Quant aux dimensions exagérées, elles étaient sous la dépendance d'un excès de volume du foie et des reins. Le foie était le siège de 2 kystes contenant l'un, 80 gr., l'autre 40 gr. d'un liquide limpide, citrin, un peu teinté en jaune par

des éléments biliaires. Leurs parois offraient une similitude remarquable avec celles des cavités ventriculaires du cœur, piliers et colonnes d'aspect charnu, languettes d'apparence aponévrotique. La mère, âgée de 39 ans, est mariée avec son propre neveu âgé de 36 ans, qui, depuis longtemps, est atteint d'absinthisme et de polydipsie. Elle a eu déjà 7 enfants dont plusieurs ont présenté des malformations, un seul survit. D'après les renseignements, la conception aurait régulièrement eu lieu en état d'ivresse du mari, en sorte qu'on peut incriminer comme causes des anomalies observées : *la consanguinité, l'absinthisme, la conception en état d'ivresse.*

BUDIN. **Sur un bassin oblique ovalaire.** — L'auteur présente des dessins, grandeur nature, pris sur une femme, chez laquelle il put diagnostiquer, par l'examen externe, l'existence d'un bassin oblique ovalaire. Cette femme, entrée à l'hôpital étant en travail, avait eu déjà 3 accouchements qui avaient été terminés par l'embryotomie crânienne. Cette fois, on réussit, grâce à une application de forceps laborieux, à extraire un enfant vivant, du poids de 3620 gr. Dans un 5e accouchement, on réussit encore, au moyen de la version, qui fut difficile, à extraire un enfant vivant, du poids de 2800 gr.

R. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. TERRILLON. Actuellement, j'ai opéré une centaine de salpingo-ovarites, dont 40 à 45 suppurées. J'en ai enlevé de très volumineuses et j'ai eu des succès, mais aussi j'ai eu des revers. Deux cas surtout m'ont frappé, où j'avais dû décortiquer des adhérences intimes à l'intestin et à l'épiploon et où 24 heures après l'intestin s'est perforé, d'où péritonite mortelle. Deux autres, très différents, où je ne pus enlever toute la poche dans la profondeur du petit bassin, furent également suivis de mort, la partie restante de la poche n'ayant pu être suffisamment désinfectée. Lorsque j'eus connaissance du mémoire de M. Péan, je pensai que les cas de ce genre seraient moins dangereux si on les traitait par l'hystérectomie vaginale. Puis, M. Segond me montra comment il opérait et, depuis un mois, j'ai agi ainsi 4 fois, car il vient beaucoup

de ces femmes à la consultation de la Salpêtrière. Dans mes 4 cas j'ai commencé par chercher le pus par une ponction vaginale exploratrice. Je n'insisterai pas sur le reste du manuel opératoire : c'est celui que M. Segond vous a indiqué. Je vous dirai seulement, moi aussi, que cela ne ressemble pas à l'hystérectomie vaginale pour cancer, que les ligaments larges, infiltrés, épaissis, ne ressemblent pas à un ligament large normal ; les vaisseaux y sont étouffés, et quelquefois même il n'y a pas besoin de laisser de pinces à demeure.

Chez mes 4 malades, la suppuration pelvienne était très ancienne. Chez la première, femme de 49 ans, opérée le 9 février, elle datait de plusieurs années ; de plus de deux ans chez une femme de 33 ans opérée le 25 février ; la troisième chez une femme de 28 ans. Ces trois malades sont aujourd'hui guéries ou à peu près. Ce matin, enfin, j'ai opéré un cas beaucoup plus complexe, où je n'ai pu avoir que par morcellement l'utérus très friable. Dans deux de ces cas la laparotomie eût certainement été très dangereuse, chez les deux autres elle eût été au moins difficile.

Je pense que cette opération est très rationnelle pour les suppurations anciennes, à parois épaisses, dures, dont l'ablation est très difficile, dont les adhérences intestinales surtout me font peur. Voilà pourquoi je l'ai expérimentée, et jusqu'à présent je ne m'en suis pas mal trouvé. Mais je pense, néanmoins, qu'elle ne s'applique qu'à des cas d'exception, que la laparotomie reste la méthode de choix. J'ajouterai une indication : je me souviens d'une jeune femme chez qui, après laparotomie, je n'ai absolument rien pu enlever. Puis j'ai tenté plusieurs fois, mais en vain, d'aborder par le rectum une fistule ouverte dans cet intestin, peu suppurante mais tenace ; je suis persuadé que par l'hystérectomie vaginale je l'aurai guérie.

Au total, nous devons être heureux d'avoir une méthode de plus pour attaquer certaines suppurations pelviennes.

M. Pozzi, au contraire, est en désaccord avec M. Segond. Il pense tout d'abord que suivre les indications de M. Segond, c'est aboutir à traiter à peu près toutes les annexites par l'hystérectomie. Nous diagnostiquons salpingite suppurée, mais une fois sur quatre environ nous nous trompons et nous trouvons des hydro ou des hémato-salpinx, ou des ovaires à petits kystes ou même des kystes du ligament large. Souvent alors nous regretterons d'avoir châtré la femme,

mais il sera trop tard. M. Segond donne comme argument la cicatrice abdominale; oui, les femmes s'en préoccupent, mais le chirurgien ne doit pas trop se laisser influencer par les préoccupations de ce genre et ne pas trop s'inquiéter de la beauté du ventre. Les autres arguments de M. Segond sont la bénignité, l'efficacité plus grande. Mais est-ce bien réel? Pour les poches non adhérentes, ou adhérentes mais aisément énucléables, l'hystérectomie est inférieure à la laparotomie, très facile, très bénigne et permettant d'enlever en totalité cette poche infectée dont M. Second fait trop bon marché. Maïs pour les suppurations adhérentes, avec fistules, non énucléables, M. Bouilly fait une concession : même ici, M. Pozzi se refuse à entrebâiller cette porte, de peur qu'on ne l'ouvre. La laparotomie ici, elle aussi, ne permet pas d'opération complète, de grattage, désinfection, drainage : or sur 3 cas de ce genre M. Pozzi a eu 3 guérisons. Et ces cas sont rares puisque M. Pozzi en compte 3 sur 39 et M. Bouilly 3 sur 33. L'hystérectomie y est certainement bonne, mais la laparotomie aussi : et avant d'avoir ouvert le ventre il est presque toujours impossible de dire si l'ablation est ou non possible. M. Pozzi en arrive donc à conclure : tenter toujours la laparotomie ; quand elle aura été impuissante, comme chez la malade dont parlait tout à l'heure M. Terrillon, alors seulement songer, secondairement, à l'hystérectomie vaginale, c'est en somme une règle générale : toujours avoir pour but premier le traitement direct et se rabattre faute de mieux sur le traitement indirect.

Pour juger de la gravité, on ne peut se défendre et se défier a priori d'une opération aveugle, quelquefois extrêmement pénible, tandis que dans l'immense majorité des cas la laparotomie est d'une grande simplicité. L'expérience se prononce dans le même sens ; M. Pozzi a 3 morts sur 39 laparotomies ou salpingite suppurée (et il y a 10 jours il y avait 37 cas avec 1 décès) ; M. Bouilly a 4 morts sur 33 ; M. Segond en a 4 sur 23. La différence n'est pas énorme, et l'exemple de M. Pozzi prouve immédiatement qu'il faut tenir compte des séries. Mais, en tous cas, et jusqu'à nouvel ordre, l'avantage n'est pas à l'hystérectomie. En principe, donc, cette opération ne se justifie pas, car pour juger de la nature exacte des lésions, de leur suppuration, de leur bilatéralité, elle suppose un diagnostic infaillible, et chacun sait qu'en cette matière nous nous trompons souvent. Mais au moins la laparotomie a l'avantage de mettre en évidence nos fautes de dia-

gnostic et d'opération. M. Pozzi craint que si l'hystérectomie se vulgarise, le vagin ne devienne un gouffre au fond duquel se cachera l'ignorance, quelquefois même la malhonnêteté.

M. ROUTIER se propose, puisqu'il n'a pas l'expérience de l'hystérectomie, de comparer aux résultats de M. Segond ceux qu'il a obtenus par la laparotomie et de discuter ainsi les indications. Mais, au préalable, il affirme les incertitudes fréquentes du diagnostic de l'unilatéralité ou la bilatéralité, et non seulement pour la pyosalpingite, mais pour toutes les salpingites.

Prenant sa statistique depuis le 8 août, époque où commence celle de M. Segond, il compte 22 laparotomies pour annexites, dont 12 pour pyosalpingite ; et de ces 12 femmes 10 sont entièrement guéries, 2 sont encore souffrantes. De ces deux, une portait une poche ouverte dans la vessie, qui ne put être enlevée, et elle garde son drain abdomino-vaginal ; peut-être sera-t-il indiqué de lui faire l'hystérectomie vaginale ; l'autre a pu subir l'ablation, mais elle a eu des accidents de phlegmon chronique et a été incisée jeudi dernier. Quant aux 10 guérisons, elles ne concernent certes pas des cas faciles, et trois fois, soit pour arrêter l'hémorrhagie en nappe, soit par crainte d'une perforatien du rectum, il a fallu tamponner le petit bassin à la gaze iodoformée. Ainsi, pour les abcès tubo-ovariens enkystés, la laparotomie est très bonne. Mais elle est impuissante contre les suppurations diffuses du petit bassin et là M. Routier, qui a vu des cas de ce genre, se rallie à l'hystérectomie. Par contre, pour les hématosalpinx, pour les salpingites interstitielles avec ovaires sclérokystiques, rien ne vaut la laparotomie ; très facile et très bénigne. A ce propos, M. Routier dit que plusieurs fois, une trompe ayant encore ses franges et l'ovaire étant peu atteint, il a pratiqué l'oophorectomie unilatérale, mais n'en n'a pas été satisfait. Dès lors, l'objection fonctionnelle à l'hystérectomie tombe, mais il reste la difficulté plus grande de cette opération, pour laquelle le chirurgien est trop à la merci de son instrumentation. Pour les pyosalpingites, il faut craindre en outre, de laisser dans le ventre des poches non ouvertes. En principe donc, M. Routier reste partisan de la laparotomie et n'admet l'hystérectomie qu'à son défaut, secondairement au besoin.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE commence d'abord par constater avec plaisir qu'on admet très nettement que toutes les collections purulentes pelviennes ne sont pas tubaires, et il pense que la fameuse

théorie du cheminement du pus par les trompes va disparaître. C'est précisément là une des raisons de l'hystérectomie vaginale et si M. Segond s'était borné à préconiser ce large drainage pour les abcès de périmétrite, il n'y aurait aucune objection à faire, mais M. Segond a généralisé, et c'est cette généralisation qu'il faut combattre, ce qui démontre qu'il généralise, c'est le nombre des cas qu'il a opérés depuis août dernier; c'est sûrement ainsi qu'il traite à peu près tous les cas. Or les cas où M. Championnière croit la méthode indiquée sont rares, et, depuis la communication de M. Péan, il n'a pas encore pu en trouver. Et, à son sens, abstraction faite de ces abcès latéraux qu'on ouvre avec succès par l'incision dite laparotomie sous-péritonéale, M. Segond exagère beaucoup les difficultés et dangers de la laparotomie pour abcès pelviens. De ces abcès, il en est beaucoup dont on peut enlever la poche, et dans ces conditions la laparotomie est très bénigne et très efficace. Même quand il faut laisser de la poche, M. Championnière se borne à la désinfecter, ne draine pas, et n'a eu qu'un seul décès, tardif, sans élévation de température. Non seulement on enlève les poches, mais on détruit des adhérences, ce qui est impossible par la voie vaginale : or ces adhérences sont pour beaucoup dans les accidents dont souffrent les malades. M. Segond dit que par l'hystérectomie les suites sont meilleures; mais la laparotomie pour pyosalpingite donne d'excellents résultats définitifs. Certes, elle n'est pas à l'abri des accidents de la ménopause anticipée. Mais, ces accidents, ils ne débutent souvent qu'au bout de 5, 6 mois; et M. Championnière les a observés chez une femme à laquelle il a pratiqué l'opération de Porro. M. Segond fera donc bien d'attendre avant de proclamer que l'hystérectomie en met à l'abri.

Les arguments tirés de la mortalité opératoire sont négligeables : les séries sont actuellement trop peu nombreuses, mais du diagnostic vient une grosse objection. Actuellement, en effet, nous avons posé des règles générales d'intervention, mais bien souvent nous ne portons pas un diagnostic précis. Tout récemment, M. Championnière a opéré une femme chez laquelle on croyait à une ovarite suppurée ; il lui soupçonna un ovaire à petits kystes, et c'est en effet ce qu'il trouva. Or, la laparotomie permet de faire le nécessaire, rien que le nécessaire : voilà pourquoi M. Championnière s'élève contre la généralisation de M. Segond.

M. Terrier. — Je n'ai pas fait de ces opérations, et dès lors, je

ne pourrai pas raisonner toujours avec certitude. Mais il est quelques points qui me paraissent aisés à démontrer. Je rappellerai que lors d'une de nos récentes discussions, j'ai dit que je préférerais l'hystérectomie vaginale à la simple incision vaginale préconisée par M. Bouilly dans certains cas. Depuis cette époque, j'ai rencontré des faits me démontrant que cela peut, en effet, donner de bons résultats. Ces cas sont ceux dont M. Terrillon nous a donné dans la dernière séance une excellente description : j'ai toujours pu terminer l'opération par voie abdominale, mais il est certain que la gravité est grande. Mais ces cas sont exceptionnels. J'ajouterai que nos diagnostics sont très souvent par à peu près. Cependant, pour les lésions anciennes avec abcès consécutifs, avec fistules, j'ai l'impression que la voie vaginale serait la meilleure.

Ces préliminaires posés, j'aborde la critique des observations que j'ai pu lire ce matin même dans les *Annales de gynécologie*, où M. Segond en a publié le résumé. Je les diviserai en plusieurs catégories.

1° 5 opérées, toutes guéries, avaient des salpingites non suppurées et des ovaires sclérokystiques. Sur celles-là je suis absolu : il est mauvais de faire l'hystérectomie vaginale quand, par la laparotomie, on termine en 20 minutes une opération toujours heureuse.

2° 2 femmes avaient, avec de la sclérose ovarienne, des rétrodéviations adhérentes : ici encore j'affirme que mieux aurait valu les traiter par l'oophorectomie et l'hystéropexie.

3° 6 doubles pyosalpingites (dont une tuberculeuse) où, avec l'utérus, les poches ont été enlevées en totalité. Ici, je ne raisonne plus sur un terrain absolument ferme, mais ici si les trompes sont venues entières avec l'utérus, c'est donc qu'elles n'adhéraient pas. Dans ces conditions, pour mon compte personnel, par atavisme peut-être, si je pose ce diagnostic, je demeure partisan de la laparotomie, qui donne de bons résultats. Mais je reconnais qu'ici la discussion est permise et qu'il faut laisser la parole à la statistique pour établir de quel côté est la plus grande mortalité.

4° J'en dirai autant pour une double hématosalpingite, suppurée à gauche, où d'après ce que j'ai pu lire dans l'observation, il n'y avait pas de pelvi-péritonite.

5° Le point le plus important concerne les salpingites suppurées avec pelvi-péritonite. Les cas sont ceux où M. Segond a dû laisser

en partie les annexes : là, l'hystérectomie est justifiée. Elle établit un large drainage et, jusqu'à nouvel ordre, les résidus qu'on laisse dans le bassin sont bien supportés. De ces opérations, M. Segond en a 7 ; mais elles lui donnent 3 décès sur les 4 de sa statistique totale. C'est donc une opération grave, tout comme dans ces conditions la laparotomie est grave ; on est absolument en droit, néanmoins, de la mettre à l'étude, car mon impression générale est qu'actuellement les mortalités des deux opérations sont à peu près égales.

6° Deux cas un peu en dehors de la discussion actuelle. Ainsi ces gros fibromes avec suppuration pelvienne : M. Segond a enregistré un beau succès dans ce cas si complexe, il n'y a qu'à l'en féliciter.

7° Pour les suppurations pelviennes consécutives aux laparotomies, la question ne se discute plus : l'hystérectomie vaginale est la seule opération indiquée.

M. Reynier prend la parole exactement dans le même sens que M. Bouilly, M. Championnière. Sa statistique est la suivante : 32 laparotomies pour annexites lui ont donné 2 morts, dont 1 par chloroforme, 1 par perforation du rectum adhérent. Dans ce dernier cas, l'hystérectomie eût mieux valu. Mais les faits de ce genre sont rares et la laparotomie reste aux yeux de M. Reynier, la méthode de choix.

M. Reclus estime, comme fait important, au point de vue du mode d'intervention, la division des suppurations pelviennes adoptées par la plupart de ses collègues : 1° suppurations pelviennes complexes, diffuses, adhérentes partout ; 2° ovaro-salpingites volumineuses, adhérentes mais énucléables ; 3° salpingites petites et peu adhérentes. Or, pour les cas du premier groupe, la laparotomie est insuffisante. Trois fois, il a fait l'ouverture et le drainage après laparotomie ; 2 des malades ont succombé à des suppurations interminables au bout de 4 à 6 mois. L'autre a guéri, mais, 4 ans après l'opération, elle garde une fistule purulente. Par contre, l'hystérectomie vaginale guérit bien ces suppurations pelviennes, à condition qu'elles soient anciennes et qu'elles affectent une marche chronique. Pour les cas de la seconde catégorie, il pense également que l'opération de Péan est préférable à la laparotomie, et d'une exécution plus facile. De même, il lui donnerait la préférence pour les cas qui rentrent dans le troisième groupe, si

le diagnostic de bilatéralité était toujours possible ; malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, les erreurs sont fréquentes. Aussi, sans rien changer à la formule de Segond, fait-il des réserves pour ces cas à diagnostic douteux, qui, à son avis, doivent bénéficier des avantages de la laparotomie.

M. Segond. — Avant d'entrer dans le cœur du débat, j'exprimerai un sentiment de satisfaction extrême. Il y a quelques semaines, l'opération que je viens défendre était condamnée par tous, et il a suffi de quelques unes de vos séances pour qu'elle soit admise par vous comme rationnelle dans certains cas déterminés, exceptionnels il est vrai. Ce résultat partiel était plus difficile à obtenir qu'on ne le suppose, car je me prenais corps à corps à la laparotomie et à son omnipotence, n'ayant à mon actif que 23 observations : la lutte était inégale.

Mes collègues se sont divisés en trois groupes.

1° Ceux qui pensent absolument comme moi : il n'y en a qu'un, M. Reclus, car son doute final est également admis par moi. J'y pourrais joindre, malgré son silence public, M. Nélaton.

2° Le groupe douloureux des adversaires radicaux se réduit aussi à un seul membre, mon ami Pozzi. Je voulais lui répondre qu'il m'avait répondu sans m'avoir entendu, sans m'avoir vu faire, sans avoir suivi de malades. Depuis, il a lu ma communication, il m'a vu opérer, et il m'a déclaré n'avoir pas changé d'avis : je ne puis qu'exprimer ma tristesse, et espérer sa conversion.

3° Le gros du bataillon, celui qui cause ma joie extrême, Terrier, Bouilly, Richelot, Championnière, etc., m'a accordé que, dans certains cas, c'était la meilleure opération, la seule même.

Ils protestaient surtout contre ce que Richelot a appelé mes pensées de derrière la tête et ma tendance à la généralisation, tendance que je ne regrette d'ailleurs absolument pas d'avoir laissé percer.

Pour répondre, je vais prendre comme base la communication de M. Terrier, car elle a un caractère de précision absolument remarquable. Les faits y sont divisés en 4 groupes :

a. *Récidives de suppuration pelvienne après laparotomie.* Tout le monde, même M. Pozzi, m'accorde que l'hystérectomie vaginale est la seule opération possible.

b. *Pelvi-péritonite avec éponge purulente péri-utérine.* Tout le monde, sauf M. Pozzi, m'accorde victoire sur ce point. Je n'insiste pas. Mais ces cas sont exceptionnels.

c. *Poches purulentes énucléables*, dans lesquelles, d'ailleurs, il y a des variétés. Ici, le gros du bataillon est contre moi. Seul M. Terrier a dit : Je suis laparotomiste, par atavisme peut-être, mais j'accepte qu'on discute. Reprenons donc les arguments qu'on m'a opposé.

On m'a durement réprimandé d'avoir exagéré l'importance de la cicatrice abdominale Mais d'aucuns n'ont-ils pas exagéré son peu d'importance. Pour les poches un peu difficiles à énucléer, il faut faire une grande incision, et on a une grande cicatrice avec ses inconvénients. La valeur est secondaire, mais non point nulle. J'ai opéré naguère de pyosalpingite une jeune fille, — il y en a, vous le voyez, M. Richelot, — par la laparotomie. Je l'ai revue il y a trois jours. Son cheval, quoique de fiacre, s'était emballé, la voiture s'était renversée et la cicatrice abdominale avait reçu un choc : j'y ai trouvé une hernie.

Pour le pronostic immédiat, je suis arrivé à 4 morts sur 24 cas, et vous m'avez écrasé sous les résultats meilleurs de vos centaines de laparotomies. Je vous avais cependant demandé crédit, et d'ailleurs à cet égard M. Championnière m'a tendu une main secourable. Je pourrais vous annoncer que depuis, j'ai 5 opérations, toutes heureuses; et ajouter de Reclus, de Larabrie, Peyrot, Nélaton. J'en compte 34, toujours avec 4 décès. Mais ces statistiques brutes n'ont pas grande importance. Ma conclusion est que dans les cas simples, où la laparotomie est très bénigne, l'hystérectomie n'est pas plus grave. Pour les cas complexes, la laparotomie est grave comme Terrier, Bouilly l'ont reconnu ; c'est dans ces cas que j'ai eu 3 morts sur 7 cas, et d'après M. Terrier c'est à peu près ce que donne la laparotomie. Eh bien ! je pense que même l'hystérectomie est un peu moins grave. J'ai perdu deux de mes opérées, femmes énormes, je vous l'ai dit, parce que je n'avais pas un outillage approprié à ces vagins immenses et colossaux, parce que j'ai manœuvré à l'aveugle le poing enfoncé jusqu'au coude. Aujourd'hui, je suis outillé. Dans ces cas graves, ce sont les adhérences, intestinales surtout, qui compliquent la laparotomie : mais moi, je respecte absolument ce dôme d'adhérences, c'est pour moi une indication à l'hystérectomie et je suis étonné que M. Reynier en ait tiré argument contre moi.

Pour le pronostic tardif, ici encore je vous ai demandé crédit. Je vous ai exposé mes raisons théoriques, je vous ai dit que toutes mes malades allaient bien jusqu'à présent : attendons.

Tous vous avez insisté sur la difficulté opératoire. Oui, c'est une opération difficile, à ne pratiquer qu'après l'avoir vue pratiquer. Mais M. Pozzi dit : opération aveugle ; je refuse ce qualificatif. Quand on la fait bien, on ne fait que ce qu'on voit ; mais pour y parvenir, il faut ne pas s'écarter du morcellement type. Sans quoi vous pataugez et vous faites, en effet, une opération aveugle et incomplète. D'ailleurs la laparotomie est-elle toujours complète ? Incomplète pour incomplète, je préfère l'hystérectomie, et ici encore l'avenir jugera.

d. *Salpingo-ovarites non suppurées*. Là tous, y compris Terrier, vous m'avez condamné. vous m'avez rappelé que dans ces cas la laparotomie donne des résultats immédiats étonnants. C'est vrai, mais la médaille a son revers, et c'est dans ces cas, aussi, que le résultat définitif est souvent mauvais. Je crois que par l'hystérectomie il sera meilleur : attendons et vous me ferez peut-être quelques concessions.

J'en arrive à deux arguments généraux dont l'un m'a été lancé surtout par M. Bazy : prenez garde à la dépopulation de la France ! Tranquillisez-vous, je la redoute autant que vous. Le diagnostic de la bilatéralité n'est pas toujours facile, je le sais ; si je n'ai pas insisté c'est que je ne pouvais vraiment pas dans ma communication vous résumer toute la pathologie pelvienne de la femme. Je vous ai dit : Je n'opère ainsi que quand je crois la lésion bilatérale. Ceci me conduit à l'argument capital : les difficultés du diagnostic, la difficulté même de dire s'il y a du pus ; et par la ponction exploratrice quand on ramène du pus, l'impossibilité de dire s'il est dans la trompe, l'ovaire, le péritoine ou ailleurs. Ces difficultés m'ont, à moi aussi, ménagé bien des surprises de laparotomie. Je serais donc bien embarrassé pour vous répondre si, précisément, je n'avais, par bonheur, laissé percer mes pensées de derrière la tête. Oui, je généralise, et je vous dis : votre argument ne me touche que médiocrement parce que peu m'importe la nature des lésions. Ce qui m'intéresse, c'est la bilatéralité. Certes, on ne peut toujours l'affirmer, et alors, je vous dirai, comme Reclus : que le doute profite à la laparotomie. Mais quand on est certain de cette bilatéralité, qu'il y ait du pus ou autre chose, n'importe ; je vous répéterai : faites l'hystérectomie vaginale.

Hernie congénitale chez la femme.

M. Berger, après avoir rappelé les contestations sur le canal de

Nuck et sur la hernie congénitale chez la femme et après avoir insisté sur l'absence de preuves absolues sur l'existence de cette hernie, relate trois faits personnels probants.

Les deux premiers sont des hernies situées au-dessus d'un kyste du canal de Nuck.

1° Femme de 31 ans, hernieuse depuis une dizaine d'années, qui fut opérée parce que depuis un an environ elle supportait mal le bandage. Sous une lame dartoïque, puis sous un lacis veineux remontant le long du ligament rond, un sac fut incisé : mais c'était une cavité séreuse vide, et c'est seulement au-dessus d'elle que fut trouvé le sac, dont elle était séparée par une cloison transparente, sans trace de stigmates. Le sac, assez adhérent au ligament rond, put être bien disséqué jusqu'en haut.

2° Femme de 20 à 21 ans, porteur depuis quelques mois d'une petite hernie réductible dont elle demandait la cure. La disposition anatomique était identique à celle du cas précédent, mais le sac, d'une minceur extrême, fut très difficile à disséquer. Dans cette dissection, 8 centim. environ du ligament rond furent attirés au dehors et la trompe apparut alors tout près de l'orifice.

Ces kystes n'étaient certainement pas des kystes sacculaires, ni des hygromas herniaires. La seule explication admissible est de les rattacher au canal de Nuck ; malgré les négations de Duplay et de Rabère, ce canal existe quelquefois à la naissance. Feré, H. Sachs l'ont nettement vu, à droite surtout, et les deux femmes de M. Berger portaient leur hernie à droite. Dans ce canal, Sachs a décrit avec soin — comme Ramonède dans le canal péritonéo-vaginal, — un vestibule rétro-pariétal, des cloisonnements complets ou incomplets. C'est des cloisonnements complets que relèvent les kystes. Et souvent en opérant des hernies inguinales chez la femme, M. Berger a vu des brides, des valvules, des diaphragmes : à son sens, cela prouve que la hernie est congénitale. L'an dernier, dans les archives de Lengenbeck, Wechselmann a décrit les kystes du canal de Nuck, leur adhérence au ligament rond, leur union au péritoine par un pédicule fibreux. Sur plus de 60 cas, 3 fois seulement il y avait hernie concomitante. L'adhérence au ligament rond est un caractère net de la hernie congénitale : tout comme chez l'homme, l'adhérence au canal déférent ? Un kyste concomitant est encore une preuve certaine. Les cloisonnements incomplets, sans trace de stigmates, sont un caractère de probabilité. De

même, le lacis vasculaire autour du sac, la lame dartoïque : mais il y a des hernies acquises à sac dartoïque.

Le troisième fait de M. Berger est relatif à une femme ayant dépassé la quarantaine, chez laquelle une hernie, déjà étranglée plusieurs fois, et même opérée une fois, s'étrangla de nouveau et fut alors débridée, puis le sac extirpé. Or, cette hernie était nettement en bissac : très volumineuse, elle avait une poche dans la grande lèvre et une autre au-dessus de l'arcade de Fallope. Cette poche supérieure, qui cliniquement semblait sous-cutanée, était en réalité entre l'aponévrose du grand oblique et le fascia transversalis. C'était donc un diverticule semblable au sac de la hernie interstitielle de l'homme et cette disposition n'est guère possible que si la hernie est congénitale, d'autant mieux qu'après incision, M. Berger a constaté un fait dans lequel Meinhardt Schmidt insiste pour la hernie interstitielle de l'homme : le déjettement en haut et en dehors de l'anneau inguinal interne. M. Berger n'a pu trouver que deux cas analogues, dus à James Luke et à Golding Bird.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances des 12 février et 14 mars 1891 (1).

Présentations : OLIVIER. — Des **instruments permettant de faire le curettage sans aides**. *Discussion :* DOLÉRIS. — D'après les renseignements qu'il a tirés de son expérience, estime que, d'une manière générale, ces instruments fixateurs sont plus gênants qu'utiles, et qu'ils ne sauraient remplacer deux aides expérimentés. OLIVIER répond que la présence des différentes pièces de son appareil ne gêne en aucune façon l'action du chirurgien, et que, d'autre part, on ne dispose pas toujours de deux aides expérimentés.

MAYGRIER. **Fœtus du poids de 13 livres et demie.** — Ce fœtus

---

(1) PORAK fournit quelques renseignements complémentaires au sujet de l'observation communiquée dans la dernière séance « *prolapsus de l'utérus et allongement hypertrophique du col, etc.*) ». Un examen pratiqué 2 mois après l'avortement, permit de préciser le diagnostic : il s'agissait d'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, compliqué d'un propalsus de l'utérus en totalité. Voir : *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1891, p. 219.

ayant succombé au cours du travail, probablement des suites de la procidence du cordon, contre laquelle il ne fut fait aucune tentative de réduction, fut trouvé, après l'écoulement des eaux, en S.I.D.A. Il dut être extrait, et l'extraction ne se fit qu'après plusieurs heures de tractions extrêmement vigoureuses, exercées d'abord sur une jambe qu'on avait réussi à abaisser. Seul, le dégagement de la tête se fit facilement. *Discussion :* PAJOT rappelle le conseil de Mauriceau, « il ne faut pas marier une petite femme avec un homme à larges épaules ». CHARPENTIER signale le travail dans lequel La Torre (de Rome) a démontré l'influence prépondérante du père sur le développement physique de l'enfant.

GUÉNIOT. **Opération césarienne avec suites heureuses pour la mère et pour l'enfant.** — ..... 23 ans, primipare, rachitique, diamètre promonto-pubien, 66 millim. environ. A 8 mois 1/2 de grossesse, on provoque l'accouchement, et, quand la dilatation est suffisante, on fait, sans succès, deux tentatives de version. Comme l'enfant vit, que, du reste, l'extraction par les voies naturelles paraît impossible, on se décide à pratiquer l'opération césarienne qui est faite 19 heures après l'écoulement du liquide amniotique. L'incision utérine tombe en plein tissu placentaire, mais, grâce à la constriction énergique exercée par l'assistant autour du pédicule utérin, il s'écoule à peine du sang. L'utérus avait été, à mesure que s'opérait l'extraction de l'enfant, attiré au dehors du ventre, de façon à éviter, autant que possible, toute contamination de la cavité abdominale par les liquides utérins, la nécessité d'un nettoyage de cette cavité, et cela dans le but de gagner du temps, « condition très importante pour le succès ». Suture utérine et suture abdominale faites avec des fils de soie ; les fils passant, pour la première, dans l'épaisseur des lèvres de la plaie sans pénétrer dans la cavité de l'organe ; intéressant au contraire le péritoine pour la seconde. L'enfant, amené vivant, et qui a vécu, pesait 2400 gr. *Suites de couches :* les 2 premiers jours, grande prostration, sorte de choc opératoire ; pendant les 12 jours suivants, alternatives de fièvre très légère (37°,4) et de fièvre plus intense (38°,9), dues à la suppuration au niveau de la suture abdominale. 30 jours après l'opération, la guérison de la mère était complète, et l'enfant, allaité par une nourrice, en bonne voie de développement.

BAR. **Tumeur pelvienne, opération césarienne. Présentation de**

la femme. — ..... 23 ans, primipare, se présente à 8 mois de grossesse. On constate, obstruant la partie droite du bassin, une tumeur, à surface bosselée, et fournissant, à la pression du doigt, une sensation de crépitation. Entre la face antérieure du sacrum et la symphyse, distance d'environ 7 centim. Opération césarienne vers le terme, avant tout début du travail. Opération régulière, sauf une hémorrhagie assez sérieuse qui survint après l'extraction du fœtus et du placenta. On fait une injection d'ergotinine, une éponge est appliquée dans la cavité utérine, et on se hâte de suturer l'utérus. Avant de serrer les 2 derniers fils, l'éponge est retirée. — 8 fils de soie furent placés sur l'utérus, leurs anses ne comprenaient pas la muqueuse. La plaie abdominale fut également suturée avec des fils de soie. Suites opératoires excellentes. *Guérison.*

PORAK. **Opération césarienne avec succès opératoire dans un cas de cancer du col.** — .... 30 ans, IIIpare, atteinte d'un cancer du col empiétant sur le cul-de-sac postérieur. On tint compte, en raison de l'état d'incurabilité de la femme, des intérêts de l'enfant, quant au choix du mode d'intervention. L'opération césarienne fut décidée et retardée jusqu'après l'établissement du travail, dans l'espoir de se garer ainsi, plus sûrement, des dangers de l'hémorrhagie. L'opération fut faite 12 heures après le début de l'accouchement, et, l'on fit, après la sortie de l'enfant et du placenta, 2 injections d'ergotine et une injection intra-utérine d'eau chaude. Perte de sang modérée. Suture utérine, composée de 8 points de suture profonde et de 12 points de suture superficielle, avec de la soie phéniquée (on se borne à affronter aussi exactement que possible le péritoine à lui-même sans chercher à le disséquer de la couche musculaire sous-jacente ; on cherche à passer les sutures au-dessus de la muqueuse). *Suites opératoires très bonnes,* 21 jours après la femme se levait. Mais, plus tard, son affection cancéreuse faisant des progrès elle dut être transférée dans un autre service. Quant à l'enfant, qui pesait 2720 gr. à sa naissance, en dépit des soins extrêmes qu'on prit de lui, il se développa d'une manière imparfaite, et de son état au moment où il quitta l'hôpital, on pouvait augurer qu'il ne survivrait pas. L'auteur se demande si ce défaut de vitalité de l'enfant ne dérivait pas de la déchéance cancéreuse de la mère, et s'il n'en est pas généralement ainsi. Auquel cas, il y aurait lieu de modifier les indications d'une opération faite dans l'intérêt des enfants

aux risques de la mère. En ce qui concerne la technique opératoire, Porak insiste particulièrement sur la suture utérine, et considère comme étant d'une importance très secondaire : la dissection d'un lambeau de la musculeuse utérine, la précaution de ne pas faire passer dans la cavité utérine les sutures profondes, et l'application à la suture utérine superficielle des principes de la suture intestinale de Lembert.

Discussion : CHARPENTIER signale 2 observations d'opérations césariennes pratiquées par Jeannel (de Toulouse) pour cancer du col, avec double succès immédiat. Mais les 2 femmes succombèrent à la cachexie cancéreuse, et les enfants ne purent être élevés ; cette dernière circonstance paraît justifier la remarque de Porak touchant le défaut de vitalité des enfants issus de cancéreuses. MM. GUÉNIOT et BAR, malgré les divergences secondaires qui existent dans les considérations qu'ils ont émises, s'accordent sur les points essentiels de l'opération : antisepsie rigoureuse ou mieux asepsie, opérer vite de façon à diminuer autant que possible les effets du choc ; prendre des précautions contre l'hémorrhagie (injections d'ergotine, d'ergotinine, etc.) ; M. Bar croit qu'on s'effraie trop des dangers d'hémorrhagie. DOLÉRIS insiste sur les dangers du choc opératoire, dans la pathogénie duquel il introduit, indépendamment de la gravité de l'acte opératoire en lui-même, l'état de grossesse et le fait de l'accouchement par des voies anormales. MM. BUDIN et CHAMPIONNIÈRE, ce dernier en s'appuyant sur des cas où il dut pratiquer l'opération de Porro pour maîtriser une hémorrhagie violente, n'acceptent pas l'opinion optimiste de Bar sur ce genre d'accident, et déclarent qu'il faut toujours se tenir prêt à y parer, si l'on ne veut pas courir le risque de voir l'opérée succomber en quelques instants. PAJOT a vu P. Dubois pratiquer, 10 fois, l'opération césarienne. Il ne croit pas que ces cas suffisent pour fixer des lois, et tirer des conclusions définitives. Certaines malades ont des hémorrhagies insignifiantes. D'autres, au contraire, ont été prises d'écoulements de sang véritablement effrayants. Il s'associe pleinement aux réserves de Budin et Championnière. Il a fait une fois l'opération césarienne ; la femme est morte d'hémorrhagie.

LABUSQUIÈRE. **Note à propos de l'observation de M. Lefour d'une dame chez laquelle l'annonce de l'accouchement prématuré serait provoqué le lendemain a suffi pour déterminer l'apparition des con-**

tractions utérines, etc. — Relation d'une observation analogue à celle citée par Lefour. Seulement, dans le cas actuel, la coïncidence curieuse relevée 4 fois par Lefour chez sa cliente, ne s'est produite qu'une fois, pour raison majeure du reste, la dame étant à sa première grossesse.

HIRIGOYEN. **Utérus bicornis. Deux grossesses, deux présentations du siège, deux enchatonnements du placenta. Guérison.** — Le premier accouchement, sauf une hémorrhagie qui nécessita l'extraction manuelle du placenta, ne présenta rien de bien extraordinaire. Cette extraction se fit sans difficulté ; d'autre part, l'enfant né en état de mort apparente, put être ranimé. Dans la deuxième grossesse, on essaya de transformer la présentation pelvienne par la version par manœuvres externes, tentatives qui furent fort douloureuses et qui échouèrent. Après la sortie de l'enfant, venu en état de mort apparente et qui ne put être ranimé, une hémorrhagie abondante imposa l'extraction manuelle du délivre. Mais cette fois, on trouva que la corne droite était refermée sur le placenta, qu'elle contenait dans son intérieur en formant une sorte de poche, surajoutée à la cavité utérine et fermée comme une bourse par un repli musculaire saillant et très résistant. Il ne put être enlevé que quelques fragments des annexes fœtales. Comme la femme présentait tous les signes des grandes hémorrhagies, il fut fait 2 injections d'ergotine, le lendemain, le placenta était expulsé sans nouvelle hémorrhagie. *Guérison.*

Présentations : PORAK. **Femme opérée par la laparotomie pour une grossesse extra-utérine** — La grossesse datait de 11 mois ; l'enfant avait cessé de remuer au 9e mois. Il n'y avait eu ni faux travail, ni montée du lait. Le ventre et le kyste ouverts, le fœtus fut extrait, puis, le kyste ayant été libéré autant que possible de ses adhérences, fut attiré au dehors, et la portion attirée au dehors, qui comprenait le placenta, fut excisée. Suture de la portion restante du kyste au péritoine et à l'aponévrose de la ligne blanche, et tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité kystique. L'opération avait été faite le 25 décembre ; le premier pansement fut fait le 2 janvier, puis renouvelé tous les 4 à 5 jours. Cicatrisation longue de la plaie, qui, le 14 mars, mesure encore près de 2 centim. carrés. Suites opératoires excellentes.

Discussion : DOLÉRIS. — Il s'agit en pareil cas, de grossesse tubaire. Or, il y a intérêt à réséquer largement la tumeur, parce que

la muqueuse de la trompe qui reste, continue à sécréter. Il en résulte des clapiers très difficiles à guérir, à moins d'une destruction complète soit par le caustique, soit par de nouvelles opérations. PORAK objecte qu'il n'y a pas de clapiers, qu'il s'agit en somme d'une plaie à niveau de l'incision abdominale.

DOLÉRIS. 1) **Fibromes multiples de l'utérus traités par l'énucléation sous-péritonéale.** — Au moyen de cette méthode, imaginée par Martin, Doléris a pu enlever 10 fibromes à deux sœurs, 5 à chacune. Les principaux temps de l'intervention sont : l'incision de la séreuse qui recouvre la tumeur fibreuse, l'ouverture de la poche, la décapsulation de la tumeur, la fermeture de la loge par 2 sutures au catgut (un étage profond et une suture séro-séreuse continuée en surjet). Dans les 2 cas, les suites ont été satisfaisantes. Les conditions de ce mode d'intervention sont au nombre de deux : *âge peu avancé de la malade; tumeur de petit et moyen volume.*

2) **Traitement du pédicule simplifié dans l'hystérectomie abdominale.**

Doléris préfère le traitement extra-péritonéal auquel il a fait subir les modifications suivantes :

1) Evidement du pédicule jusqu'à n'avoir plus qu'une sorte de collerette membraneuse, un cône dont le sommet, affilé de plus en plus au fur et à mesure de l'évidement, redescend dans la plaie abdominale assez pour diminuer les tractions. 2° La cautérisation de cette collerette jusqu'à obtenir une feuille de parchemin épais. 3° La suture des bords de ce pédicule lamellaire, à la soie, de façon à le ficeler nombre de fois à la manière d'un bouchon de vin de champagne. Ainsi réduit à la grosseur d'un petit marron dur, les broches ne le peuvent plus déchirer par l'excès de traction. 4° Au huitième ou au dixième jour, on retire les broches et on laisse le pédicule descendre dans le ventre, après résection de la partie extrême, ficelée. 5° vers le 15° jour, on sectionne le lien en caoutchouc dans la profondeur de la plaie en attirant un peu le moignon descendu, ce qui est toujours très aisé, si on a conservé un fil sur le caoutchouc pour le promener à l'extérieur. 6° On laisse enfin s'éliminer les débris sphacélés, peu abondants, ce qui n'empêche pas de pratiquer sur l'ouverture abdominale 2 à 3 points de sutures profondes, en ménageant, au milieu, la place d'un drain. Le bourgeonnement se fait rapidemeut et on peut dire qu'un mois

suffit presque à sa terminaison. Dès le 10e jour, la plaie n'a plus l'aspect d'une plaie d'hystérectomie, mais plutôt celui d'une section abdominale ordinaire avec un petit pertuis linéaire à l'angle inférieur. 7° Les poudres antiseptiques ne sont nécessaires qu'en petite quantité, grâce à la siccité du moignon rôti par le cautère.

VERRIER. **Sur l'albuminurie pendant la grossesse et après l'accouchement : influence de l'accouchement provoqué.** — 1) Influence fâcheuse de l'accouchement provoqué chez une femme enceinte albuminurique ; 2) éclampsie survenue après albuminurie guérie par le traitement ; 3) amaurose albuminurique pendant la grossesse ; 4) éclampsie au 8e mois, persistance de l'albuminurie après l'accouchement ; 5) éclampsie au 8e mois, forceps, persistance de l'albuminurie après l'accouchement ; 6) albuminurie dans la grossesse. Éclampsie pendant 4 grossesses successives. Avortements provoqués. Guérison. De ces faits, l'auteur dégage les conclusions suivantes : a) l'accouchement prématuré ne fait pas toujours cesser l'albuminurie, ou du moins il ne prévient pas les attaques d'éclampsie; P. Dubois y avait renoncé; b) même après une albuminurie guérie par un traitement rationnel, régime lacté ou tout autre, l'éclampsie peut encore se manifester ; c) l'albuminurie peut persister longtemps après l'accouchement, après, par conséquent, que toute compression, nerveuse et vasculaire, a disparu; d) les phénomènes disparates observés chez ces sujets semblent autoriser à invoquer des prédispositions personnelles ou idiosyncrasiques ou bien encore l'influence de quelque diathèse héréditaire, souvent difficile à déterminer.

Discussion : CHARPENTIER et BUDIN estiment que les observations sur lesquelles s'appuient l'auteur ne sont pas suffisamment comparables ; qu'il n'a pas été suffisamment établi s'il s'agissait d'éclamptiques ou de brightiques vraies ; JOUIN fait observer que c'est bien moins à l'albuminurie elle-même qu'à l'analyse de l'urine qu'il faut demander, sinon le diagnostic, du moins le pronostic des lésions rénales.

BAR et LAMOTTE. **Note sur un fœtus né vivant qui avait été atteint de tumeur kystique des reins ayant entraîné une anurie absolue, de l'oligohydramnie et consécutivement à celle-ci des malformations multiples.**

LOVIOT. 1) **Absence de l'utérus et du vagin**, constaté chez une femme de 21 ans, qui n'avait jamais été réglée, mais qui, depuis plu-

sieurs années, était sujette à des crises douloureuses, venant à des périodes mal déterminées ; 2) **cas de rétention du délivre pendant 52 heures, après un accouchement spontané à terme. Délivrance artificielle. Guérison.**

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

THÉRAPEUTIQUE ET OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Du traitement du prolapsus du cordon ombilical. (Die Therapie bei prolapsus funiculi umbilicalis). TH. SCHRADER. Th. Berlin, 1890 et *Cent. f. Gyn.*, n° 9, 1891, p. 185.

Dans les cas de présentations transversales, expectation jusqu'à dilatation suffisante, puis version suivie d'extraction. Quand c'est l'extrémité pelvienne qui se présente, il ne faut pas se presser d'extraire ; quand c'est le siège décomplété, il convient, en certains cas, d'abaisser un pied. Dans les présentations du sommet, le forceps est indiqué si, toutefois, les conditions nécessaires de son application se trouvent réalisées ; si la tête est mobile et la dilatation suffisante, c'est la version qu'il faut pratiquer et la faire suivre de l'extraction. La dilatation étant insuffisante, il faut tenter la réduction du cordon, et, au cas d'insuccès, s'efforcer de supprimer la compression qu'exerce le crâne sur le cordon.

R. L.

Du traitement de l'avortement. (Zur Behandlung der Fehlgeburt). S. CHASAN. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 4, p. 81.

Partisan résolu, jadis, de la méthode active, à cause des résultats excellents, qu'il en avait vu retirer à la clinique de Dresde, dans le service du professeur Leopold, l'auteur, instruit aux difficultés de la pratique, est devenu moins exclusif. Il estime d'ailleurs qu'aucune méthode ne convient à tous les cas, et qu'il faut s'inspirer des conditions spéciales à chacun d'eux. Il a, en particulier, obtenu dans des avortements récents, où l'activité utérine n'était pas déjà complètement épuisée, les meilleurs résultats du tamponnement. Il a même, dans ces circonstances, contrairement

aux observations de Dührssen, constaté, « non pas exceptionnellement, mais comme fait habituel, l'expulsion spontanée de la caduque vraie ». Le tamponnement doit réaliser trois conditions : 1) *être aseptique* ; 2) *arrêter l'hémorhagie* ; 3) *renforcer les contractions utérines*. La première condition est réalisée aisément, au moyen de coton imbibé de solution phéniquée à 3-5 p. 0/0, ou de gaze iodoformée.

Mais, il est plus difficile d'assurer la seconde, chez les multipares et principalement chez celles qui sont atteintes de déchirures du périnée ; en pareil cas, il devient nécessaire de tamponner la cavité cervicale. Le tamponnement peut être fait sans aucun instrument, sans aucune assistance. 2 doigts étant poussés jusqu'au fond du vagin, repoussent fortement en arrière la paroi postérieure de cet organe. L'opérateur conduit ensuite sur ces doigts les pièces du tampon, et tamponne successivement le cul-de-sac postérieur, l'orifice externe, et ensuite tout le vagin. Le tampon, ainsi fait, a l'avantage de comprimer les centres nerveux situés dans la paroi antérieure et de provoquer des contractions énergiques, ce qui amène la réalisation de la 3e condition, renforcer les contractions de l'utérus.

R. L.

Contribution à l'étude de la version avec saisie d'un seul pied. — (Zur Lehre von Wendung auf einen Fuss. NAGEL. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX, Hft 3, p. 436.

D'accord avec l'opinion actuelle, l'auteur est parfaitement d'avis qu'on peut opérer la version en tirant sur un seul pied. D'autre part, il estime que, dans les dorso-postérieures, il faut, autant que possible, chercher à saisir le pied supérieur. Car, la jambe déployée, si l'on a soin en même temps qu'évolue le fœtus d'imprimer à celui-ci un mouvement de rotation autour de son axe longitudinal, se porte immédiatement en avant, en arrière de la symphyse, et successivement le sacrum, la colonne vertébrale, et l'occiput se portent en avant, conditions capitales pour la terminaison de l'accouchement. Les faits cliniques démontrent, du reste, que lorsque la jambe déployée arrive d'abord en arrière, dans la concavité du sacrum, cette jambe finit toujours par se diriger en avant et se mettre en arrière de la symphyse. Mais, si le fait a été constaté, le mécanisme qui y préside reste inconnu. Et cependant, il y aurait utilité à le bien connaître, pour ne pas risquer de le con-

trarier, surtout dans des cas où il est urgent, pour une raison quelconque, de terminer rapidement l'extraction. C'est ce point spécial que l'auteur s'est proposé d'étudier, et il a, dans ce but, utilisé 18 observations, de la policlinique obstétricale et gynécologique de Berlin. Or, *dans tous les cas, la jambe déployée en arrière s'est portée en avant, de telle façon que le dos de l'enfant est passé devant le promontoire ; jamais le dos n'est venu en avant, par le plus court chemin, c'est-à-dire en suivant la paroi pelvienne de la moitié du bassin dans lequel il se trouvait après la version,* d'où le conseil : il convient, déjà quand on abaisse le pied inférieur dans les dorso-postérieures, le pied supérieur dans les dorso-antérieures, de favoriser le sens naturel de la rotation, c'est-à-dire le passage du dos devant le promontoire ; cela permet de hâter l'extraction tout en évitant de contrarier le mécanisme naturel de cette rotation.

R. L.

Version céphalique avant le travail dans les présentations du siège ; conduite à tenir dans les occipito-postérieures. (Céphalie version previous to labour for breech presentation also suggestion for the treatment of occipito-posterior position), par G. R. SOUTHVICK, de Boston. *Am. J. of obst.*, oct. 1890, p. 1064.

L'auteur recommande de faire la version à l'aide d'une main placée à l'extérieur, et de deux doigts placés sur le col. Quand il a réussi à ramener la tête du fœtus à l'orifice du détroit supérieur il place un bandage modérément serré, « au bout d'un jour ou deux l'utérus et le fœtus se sont accommodés, et le bandage devient superflu ».

Lorsque l'occiput est dirigé en arrière, Southwick conseille de faire coucher la femme sur le côté vers lequel est tourné le dos du fœtus. Les mouvements de celui-ci tendent à faire tomber l'occiput en avant.

L'auteur fait cette manœuvre environ 15 jours avant le terme de la grossesse.

Si le bassin est rétréci, elle est contre-indiquée.

A. C.

De l'application du forceps sur la tête dernière. (Die Anwendung der Zange am nachfolgenden Kopfe). STAEDLER. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 1, p. 129.

Schröder avait érigé, en pratique, la règle suivante : la tête venant dernière, il faut tenter l'extraction par les manœuvres manuelles (principalement, le procédé de Veit) ; au cas d'échec, pratiquer la perforation. Et la grande autorité de Schroeder fit accepter cette proposition par beaucoup d'accoucheurs. L'auteur pense toutefois que la formule est par trop absolue, et qu'il est possible, en certains cas, de sauver encore au moyen du forceps, sans augmenter les dangers courus par la mère, des enfants qu'on n'aura pas réussi à extraire par les manœuvres manuelles. Cette opinion est basée sur 10 observations recueillies dans le service du prof. Bischoff, à la clinique de Bâle. Elles se décomposent de la façon suivante : *mères*, 5 fois bassin normal, 1 fois bassin généralement rétréci, 1 fois bassin rétréci au détroit inférieur, 3 fois bassin plat ; *enfants :* 3 fois présentation transversale, 2 fois présentation du siège, 3 fois présentation des pieds, 1 fois présentation du sommet, 1 fois présentation de l'épaule. *Résultats :* 2 enfants venus morts ; chez l'un, on avait dû faire la perforation, chez l'autre la mort fut produite par la compression du cordon. Des 8 autres enfants, 7 naquirent en état d'asphyxie profonde, 1 en état d'asphyxie légère ; tous furent ranimés. Cependant, l'un d'eux succomba 20 minutes après la naissance, un second 2 heures après l'accouchement, tué par les convulsions. Des mères, une seule fut légèrement blessée, mais elle guérit rapidement, et toutes les autres eurent des suites de couches heureuses. Voici les résultats obtenus par différents opérateurs, en ce qui concerne les enfants, par l'application du forceps sur la tête dernière :

Kormann.....	4 cas,	1 enfant mort,	mortalité,	25 p. 0/0.	
Fischer.......	20	7	—	—	35
Credé.........	16	4	—	—	25
Bischoff.......	10	2	—	—	20
Total...	50	14	—	—	28

Résultats qui justifient l'application du forceps sur la tête dernière.

R. L.

Du traitement de l'accouchement dans les positions postérieures du sommet. (Zur Behandlung der Geburt in Schädellage bei nach hinten gerichtetem Hinterhaupte). J. Meyer. *Arch. f. Gyn.*, Bd XL, Hft 1, p. 94.

Dans 3 cas, l'auteur a réussi par des manœuvres manuelles,

internes et externes combinées, à favoriser la rotation en avant, de sommets en position postérieure, et légèrement défléchis. Pour que le procédé soit réalisable, il faut que la dilatation permette au moins l'introduction de deux doigts. D'autre part, la chloroformisation améliore toujours les conditions de l'intervention. « La petite fontanelle étant orientée à droite, c'est la main gauche qui agira dans le vagin, soit la moitié de la main ou seulement deux doigts au cas d'étroitesse de cet organe. Les doigts de l'opérateur doivent être portés à la hauteur de l'articulation sacro-iliaque, ce qui exige, parfois, qu'on repousse un peu, en haut, la tête fœtale. Les doigts, appliqués aussi haut que possible sur l'occiput, exercent à ce niveau une pression douce et uniforme, dirigée en bas et en avant. De son autre main, l'opérateur repousse, en arrière, à travers la paroi abdominale, le menton qui se trouve en général un peu au-dessus de la branche horizontale du pubis du côté opposé, en bien évitant de le pousser en bas. Un assistant exerce, simultanément, sur le siège une pression dirigée suivant l'axe de la matrice, et en repoussant les jambes du fœtus en arrière, tâche de faire exécuter parallèlement au corps du fœtus le mouvement de rotation imprimé à la tête. Cela fait, on peut suivant les indications, terminer rapidement l'accouchement avec le forceps. En terminant, l'auteur préconise vivement ces manœuvres manuelles, rappelle le travail d'E. Blanc (1), relatif au même sujet, et antérieur au sien, mais dont il n'avait pas connaissance quand il fit sa première communication au congrès de Berlin.

R. L.

Un cas d'opération césarienne (The cesarian operation with the report of case), par A. P. Dudley. *Am. J. of obst.*, 1890, p. 712.

L'auteur n'est pas partisan de l'opération de Porro.

Le sujet de son observation a 16 ans, taille 4 pieds et demi. Sa mère ne la sait pas enceinte ; elle l'est de 5 mois. La mère, catholique, refuse la provocation de l'accouchement.

Le 14 février 1889, le travail commence, le lendemain, les eaux s'écoulent en partie, après 24 heures de travail, qui n'ont point épuisé la parturiente, on l'anesthésie, Dudley fait une incision de

(1) De la correction manuelle des occipito-postérieures persistantes. *Lyon médic.*, nos 3, 4, 6.

15 cent, et place un tube de caoutchouc autour du fond de l'utérus, pour l'amener au contact de la paroi abdominale.

L'incision utérine rencontra le placenta, inséré sur toute la face antérieure ; il fallut le détacher promptement, et extraire l'enfant par les pieds. La traction exercée par un assistant sur le tube qui entourait l'utérus, l'amena au dehors.

Aucun liquide ne s'écoula dans l'abdomen.

L'utérus fut nettoyé soigneusement avec du sublimé qui causa une forte rétraction.

Dudley fit les sutures avec du catgut, puis un bon lavage du péritoine avec de l'eau chaude (43°). L'opérée se remit sans accident, et allaita dès le 6e jour.

A. C.

Contribution à l'étude de l'opération césarienne. (Beitrag zur Kaiserschnittsfrage). P. Ruge. *Zeit f. Geb. u. Gyn.* Bd XX, Hft 1. p. 93.

L'auteur a pratiqué, avec un double succès, l'opération césarienne chez une femme âgée de 29 ans, VIpare, à bassin rachitique, diam. promonto-pubien, 10 centim. A ne considérer que les résultats fournis par la mensuration pelvienne, il n'y avait qu'indication *relative* à l'opération césarienne, et si l'opération a été faite, c'est seulement devant le désir formellement exprimé par la mère d'avoir un enfant vivant. Des 5 premières grossesses, la 1re était allée à terme, et l'accouchement, après un travail actif de 3 jours,avait dû être terminé par la craniotomie. La 5e grossesse était allée jusqu'à 4-5 semaines du terme normal, et l'accouchement avait abouti à l'expulsion spontanée d'un enfant, né vivant, mais qui succomba 5 heures environ après sa naissance, de faiblesse congénitale. Les autres grossesses s'étaient terminées par une fausse couche à 6 mois 1/2 (enfant mort) et 2 avortements.

Opération. — Elle fut pratiquée quelques heures après le début du travail. Comme technique opératoire, à noter seulement le mode de suture utérine, une suture profonde, composée de 5 fils de soie, allant d'un côté à l'autre de la plaie utérine et comprenant le péritoine et toute la musculeuse, mais sans intéresser la caduque, suture destinée à renforcer une suture en étage au catgut. Les fils profonds ne furent noués qu'après la terminaison de la suture au catgut. De plus, on appliqua quelques points superficiels avec

de la soie fine dans les endroits où le péritoine n'était pas exactement adossé au péritoine. Suites opératoires très régulières, sauf une élévation de la température jusqu'à 38°,5, le 7e jour. La malade se leva le 16e jour après l'opération. Revue 3 mois après environ elle était, ainsi que son enfant, en parfaite santé. Son utérus encore un peu gros, adhérait à la paroi abdominale, circonstance qui, selon l'auteur, serait plutôt favorable, le cas échéant, pour une nouvelle opération.

Réflexions. — Depuis que Sänger a publié son premier travail, bon nombre de cas d'opérations ont été relatés, et on n'a enregistré qu'une faible mortalité. Il est certain, toutefois, que si l'on faisait une statistique complète, si l'on comptait les cas de mort non publiés, le taux de la mortalité s'élèverait. Et même, à défaut de cela, on ne saurait méconnaître que *la section césarienne est toujours une opération pleine de dangers*. Aussi, doit-on se garder de la dépeindre aux médecins comme une opération bénigne et facile, il faut au contraire insister sur sa gravité. Il ne s'agit pas ici, comme par exemple pour l'extirpation d'un ovaire, d'une simple laparotomie ; car, *des circonstances spéciales, multiples concourent à rendre le pronostic plus grave que dans une ovariotomie*. C'est d'abord, *l'atonie de l'utérus*, puis *l'influence physiologique sur le processus de cicatrisation des contractions utérines*. Il n'est pas possible que les surfaces cruentées restent exactement en contact malgré les contractions secondaires. Il est vrai que cet inconvénient peut être évité jusqu'à un certain degré, mais jusqu'à un certain degré seulement, par la suture, suture continue au catgut, parce qu'elle permet de tenir adossées de petites surfaces. Il faut également mettre en ligne de compte *les troubles du processus thrombosique physioloque*, principalement quand le placenta siège sur la paroi antérieure ; enfin, se souvenir que, *physiologiquement, par la production des lochies il se fait, dans le voisinage immédiat de la plaie, des suppurations*, qui ne peuvent qu'agir défavorablement sur la bonne cicatrisation de la musculeuse.

De ces considérations il ressort que l'heure n'est pas venue, si elle vient jamais, où l'indication relative de l'opération césarienne doive faire considérer ce mode d'intervention comme le seul justifié dans ces cas. Sans doute un opérateur habile, familiarisé avec l'opération, est autorisé, l'enfant étant vivant, à la proposer

à la mère ; mais il faut se garder de trop insister quand on est en présence d'une femme peu disposée dans ce sens.

Il est indéniable que l'*application de la suture est, dans l'opération césarienne d'une importance capitale.*

Les chances favorables seront d'autant plus grandes que la suture sera plus soigneusement faite, que les surfaces musculaires, que le péritoine seront plus exactement coaptés. Toutefois, *il n'est ni possible ni indispensable d'imposer un mode unique de suture. Il importe seulement d'apporter autant de soin à réunir la plaie de la matrice, qu'on en met pour une plaie quelconque quand on veut obtenir la réunion par première intention.* On ne peut tenir la plaie utérine pour bien réunie que si les surfaces utérines et le péritoine sont exactement adossés. Comme, parfois, la suture profonde suffit à obtenir complètement cette coaptation, il est clair que, dans ces cas, pas n'est besoin de suturer séparément le péritoine. Lorsqu'au contraire, la suture profonde à la soie, ou au catgut ou la suture au catgut en étage étant faite, on s'aperçoit que les bords de la séreuse sont trop écartés, on met à volonté et suivant qu'il est nécessaire des points de suture superficiels. Il appartient également à l'opérateur de choisir, pour les sutures, à son gré et d'après son expérience, telle ou telle substance : soie, catgut, etc.

D'une manière générale, et sans proscrire les autres procédés de suture, l'auteur donne la préférence au suivant : *suture continue et en étage au catgut. Quelques points de suture profonde à la soie dans le but de consolider, de renforcer la suture au catgut. Autant de points superficiels à la soie ou au catgut, qu'il est nécessaire pour bien rapprocher les bords du péritoine.*

R. L.

Opération césarienne, 1 succès. (A successful case of cesarian section), par F. M. DONOHNE de New Brunswick. *Am. J. of Obst.*, 1890, p. 508.

La malade avait un fibrome de l'ovaire droit qui rendait impossible l'accouchement par les voies naturelles.

Donohne ne la vit qu'après cinq jours de douleurs. Il fit l'extraction du fœtus par la tête et ferma la plaie utérine au moyen de deux rangs de sutures l'une comprenant la caduque, l'autre le pé-

ritoine seul, et ne chercha pas à enlever la tumeur, qui était trop adhérente.

Il ferma la plaie abdominale par trois rangs de sutures.

Le 4e jour, la température de l'opérée monta à 39°,4.

La tumeur a diminué de volume.

L'enfant n'a vécu que vingt minutes. D. crut pouvoir attribuer sa mort, au fait que le placenta était détaché presque totalement avant la sortie du fœtus.

A. C.

Opération césarienne. In *Bulletin de la Société des médecins et naturalistes de Jassy*, janvier 1890, p. 7. *Jassy. Société des médecins et naturatistes de Jassy* (Roumanie).

Le Dr Bejan rapporte une observation intéressante d'opération césarienne. La malade ne mesurait qu'un mètre et 10 centim. C'était un type de phocomèle. Elle subit une première opération césarienne en mai 1888 — et c'est en mai 1890 qu'elle se présenta à la maternité de Jassy avec tous les symptômes d'un accouchement imminent. Après avoir mesuré les diamètres du bassin, l'opération césarienne fut décidée et pratiquée. L'enfant fut extrait vivant et a vécu, mais la mère mourut de péritonite généralisée.

Le Dr Basvoki reproche à Bejan de ne pas avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires pour désinfecter rigoureusement autant la patiente que la pièce dans laquelle on l'a opérée. De plus, étant donnée la minceur de la paroi utérine, il eût été facile de voir le lieu d'insertion du placenta et d'éviter l'incision à ce niveau ; d'autre part, le péritoine n'a pas été assez bien nettoyé — enfin, on a eu tort de laisser l'utérus sans sutures et en présence d'une femme qui avait déjà subi la césariotomie, l'opération de Porro était plutôt indiquée.

Le Dr Bejan répond que les précautions antiseptiques ont été prises, qu'il ne s'est pas écoulé de liquide dans le péritoine et que Stoltz, Schrœder, etc. évitent les sutures utérines et ne les recommandent qu'en cas d'inertie après l'opération. Quant à l'opération de Porro, elle n'était pas indiquée, étant donné les adhérences entre l'utérus et les intestins. Enfin, la ligature classique appliquée autour du segment inférieur de l'utérus, avant d'ouvrir l'organe, aurait déterminé la mort du fœtus par asphyxie.

Dr Bottez. — La toilette de la cavité péritonéale n'a pas été

faite, car il ne s'était rien écoulé dedans, ni sang, ni liquide amniotique et la faire dans ces conditions, c'est augmenter les chances d'infection péritonéale. Quant aux sutures utérines, elles étaient inutiles étant donné l'état de rétraction de l'organe, facilitée par des injections d'ergotine.

Le Dr Scouli, pense, au contraire, que les sutures utérines étaient indiquées. De plus l'opération de Porro était nécessaire; elle met la malade à l'abri d'une nouvelle césariotomie et enlève une cause d'infection.

P. Mauclaire.

Contribution à l'étude de l'opération de Porro. (Contributo allo studio della operazione Porro), par Truzzi. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, mai 1890, p. 305.

Truzzi rapporte sept observations; dans les six premières le bassin était vicié 2 fois par rachitisme et 4 fois par ostéomalacie. Dans la 2e observation l'excavation pelvienne était obstruée par un énorme fibro-sarcome. Il n'est pas nécessaire de faire la ponction exploratrice de Halbertsma pour savoir d'avance le lieu d'insertion du placenta.

Pour avoir une opinion exacte sur la valeur de l'opération de Porro, il ne faut tenir compte que des observations publiées depuis l'apparition de la méthode antiseptique. Ainsi, sur 56 opérations faites en Italie, depuis le 1er octobre 1884 jusqu'en décembre 1889, il y eut trente-six guérisons, soit une mortalité de 20 0/0 tandis qu'elle avait été de 37 0/0 pour les opérations pratiquées de 1876 à 1884. Ainsi établie, la statistique montre donc que la méthode de Porro (amputation utérine ou utéro-ovarienne) n'est pas d'un pronostic plus grave que la méthode de Sänger (hystérotomie, résection d'un lambeau de tunique musculaire et sutures en prenant le péritoine retourné et appliqué à lui-même). Puisque le pronostic opératoire est le même, ce sont les indications ultérieures à remplir qui doivent guider l'opérateur dans son choix entre ces deux méthodes.

P. Mauclaire.

De l'indication et de la technique de l'opération de Porro après déchirure de la matrice. (Zur Indication und Technik der operation nach Porro bei Gebärmuterzerreissung). Mermann. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX, Hft 3, p. 452.

L'auteur pose comme *indication* de l'opération de Porro, dans le

cas de rupture de la matrice, le fait que *l'enfant est passé en totalité ou pour la plus grande part dans l'abdomen.* Cem ode d'intervention présente sur les tentatives d'extraction par les voies naturelles divers avantages : a) possibilité d'obtenir une hémostase sûre et définitive; b) l'extraction de l'enfant, après laparotomie, représente une opération beaucoup moins compliquée; c) il est plus facile de réaliser des conditions rigoureuses d'asepsie. D'autre part, on ne saurait invoquer, dans les conditions spéciales indiquées, contre l'opération de Porro et en faveur de l'opération césarienne classique, les arguments que l'on fait valoir d'ordinaire. Dans la césarienne classique, l'incision et la suture de l'utérus sont, somme toute, des actes opératoires peu graves, et toutes choses sont disposées pour obtenir une cicatrisation rapide : l'opérée est à peu près à l'abri d'une hémorrhagie. Au contraire, quand il s'agit de déchirure utérine, les bords de la déchirure sont irréguliers, plus ou moins contus, la solution de continuité se prolonge dans le paramétrium, et les artères utérines ou des branches importantes de ces vaisseaux peuvent être lésées.

On conçoit qu'en pareil cas la suture utérine serait extrêmement difficile, et qu'en outre, on aurait à redouter des hémorrhagies secondaires. Il faut également se souvenir que la rupture de la matrice survient en général, au cours d'un accouchement prolongé (sténoses pelviennes chez des multipares, présentations du tronc négligées, hydrocéphalie, etc.), qui a déjà été l'occasion soit d'explorations soit de tentatives opératoires, toutes circonstances de nature à faire de l'utérus un foyer septique, qui se trouve supprimé par l'opération de Porro. Puis, en enlevant l'utérus et ses annexes, on rend ce qui reste du péritoine plus apte à résorber aussi bien les germes accidentellement tombés dans la cavité abdominale que toutes les autres substances étrangères (sang, liquide amniotique, vernix caseosa). De plus, on évite à l'accouchée, le surcroît de travail qu'exige l'évolution utérine. Enfin, si l'on objectait le fait que, par l'opération de Porro, on rend la femme stérile, il suffirait de rappeler que les cicatrices de ces déchirures étendues peuvent être, dans des accouchements ultérieurs, le point de départ de nouvelles ruptures, à tel point que Battlenher a conseillé l'avortement pour prévenir ces sortes de récidives.

Dans un cas où se trouvait réalisée l'indication formulée plus haut, l'auteur a pratiqué, avec plein succès d'ailleurs, l'opération

de Porro : Ob..., 39 ans, Vpare, les 4 premiers accouchements très longs, les 3 derniers terminés par la naissance d'enfants morts, le premier enfant n'avait survécu que quelques heures. Dernier accouchement très long aussi, malgré un travail très actif, qui s'arrêta subitement au moment de la déchirure. *Opération,* 5 heures après la production de l'accident. Après large incision de l'abdomen, l'enfant (un gros garçon mort) passé en totalité dans la cavité abdominale, et qui était placé tout près de l'utérus fortement contracté, fut immédiatement extrait ; le délivre fut ensuite extrait à travers la déchirure de la matrice. Dans l'abdomen, il y avait beaucoup de sang coagulé et liquide, mais l'hémorrhagies paraissait arrêtée. La déchirure siégeait à la paroi postérieure du col. qu'elle parcourait toute entière, un peu au-dessous de l'anneau de contraction, se poursuivait 2 cent. environ dans le paramétrium gauche et se prolongeait jusqu'aux insertions du vagin. La situation très basse de la solution de continuité rendait impossible l'application d'un lien élastique aussi bien que la compression manuelle ; en conséquence, on appliqua sur la paroi antérieure du col, dans la portion intermédiaire aux deux extrémités de la déchirure, environ dix ligatures en chaine, puis la matrice fut excisée au-dessus. Il restait ainsi un moignon, composé d'une paroi antérieure suturée et du bord, non suturé de la déchirure, moignon trop court pour qu'on pût le fixer dans la plaie abdominale. Le pédicule fut d'abord réduit au moyen d'une suture profonde et le bord de la déchirure, après qu'on l'eût égalisé, fut suturé au moyen de 2 sutures profondes intéressant toute l'épaisseur du tissu ; finalement, le moignon fut recouvert par le péritoine qu'on fixa à l'aide de 2 séries de sutures (musculo-séreuses, séreuses) et on l'abandonna dans le ventre. *Suites opératoires complètement apyrétiques, guérison.*

Dans les considérations qui suivent la relation de ce cas, l'auteur condamne le tamponnement abdominal que certains chirurgiens font dans le but de prévenir les hémorrhagies secondaires. A son avis, il suffit pour se mettre à l'abri de ces accidents de faire l'opération de Porro avec beaucoup de soins et de bien disposer ses ligatures. Il se prononce également contre le drainage qui, parfaitement indiqué dans le cas de cavités circonscrites, dépourvues de revêtement péritonéal, n'a plus d'indications précises après l'opération de Porro, où ces conditions ne sont pas réalisées. Le drai-

nage, préconisé à nouveau, est un retour à l'antisepsie, il est préférable de s'appliquer à être rigoureusement aseptique. Enfin, l'observation précédente montre qu'on peut, en certaines conditions (situation très basse de la déchirure, par exemple) adopter un traitement « atypique », en quelque sorte, du pédicule.

R. L.

De la question du traitement de l'ostéomalacie par la castration. (Zur Frage der Behandlung der Osteomalacie durch Kastration). HOFMEIER. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 12, p. 226.

L'auteur a pratiqué la castration chez une femme âgée de 30 ans, présentant les déformations pelviennes les plus caractéristiques de l'ostéomalacie. Or, cette femme que sa maladie avait, en dépit de tous les traitements médicaux institués auparavant, rendue complètement impotente, pouvait, 3 mois seulement après l'opération, fournir un long trajet, et était débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait jadis. D'autre part, dans ce cas, l'ostéomalacie n'avait aucune relation étiologique avec la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches, non plus qu'avec les causes générales habituellement invoquées (nourriture insuffisante). Les ovaires extirpés étaient petits, atrophiés, profondément ridés, sans hyperplasie ou dilatation anormale des vaisseaux ; couche ovigène conservée en quelques points, avec quelques rares ovules et follicules; partout un tissu connectif, à tractus courts. Somme toute, on se trouvait simplement en présence d'un état atrophique des ovaires, par conséquent, en présence d'organes dont l'activité était, sinon abolie, du moins considérablement réduite. Peut-on, par suite, expliquer le résultat obtenu par la suppression de cette activité, accepter la théorie suivant laquelle cette activité influerait par voie réflexe sur les nerfs dilatateurs des vaisseaux des os pelviens et voir dans la maladie une trophoneurose des os, mais cette théorie n'expliquerait pas la répartition géographique, si intéressante de l'affection, non plus que divers autres de ses attributs. Quoi qu'il en soit, et malgré l'obscurité qui entoure encore la nature et l'étiologie de la maladie, c'est à Fehling que revient l'honneur d'avoir indiqué une méthode thérapeutique efficace. En tout, l'opération a été faite 21 fois, et, toujours, on a constaté son action heureuse sur le processus ostéomalacique; de plus, pour un certain nombre des opérées, l'opération date d'assez loin pour qu'on soit en droit de parler de guérison définitive.

R. L.

Symphyséotomie. (Su di un' operata di sinfisiotomia), par C. Cucca. *Annali di ost. e ginec.* Milano, 1891, p. 268.

L'opérateur, le professeur Novi, fit une incision sur la ligne médiane de 2 cent. 1/2 commençant un peu au-dessus du pubis, la symphyse fut ensuite sectionnée ce qui produisit un écartement de deux cent. entre les deux pubis. On appliqua le forceps; pendant l'application, l'écart maximum entre les deux pubis fut de 81 millim. Il n'y eut pas d'accidents du côté des articulations sacro-iliaques que deux aides maintenaient constamment.

La malade fut maintenue les cuisses très rapprochées et elle sortít guérie 20 jours après.

P. Mauclaire.

De l'intervention obstétricale dans les sténoses pelviennes. (Sull' intervento ostetrico nelle stenosi della pelvi), par Pantaleo. *Annali di ost. e gincc.* Milano, 1891, p. 262.

L'auteur pense que si le fœtus est mort, on peut faire l'embryotomie, mais s'il est vivant il faut faire l'opération césarienne, opération qu'il espère voir toujours substituée à la précédente.

P. Mauclaire.

ANALYSES

De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête, par L. Couder. Thèse de Paris, 1891.

Conclusions. I. — On sait depuis longtemps que le passage du tronc peut endommager un périnée que la sortie de la tête avait laissé intact ou à peine entamé.

II. — La cause de cet accident est l'excès constant de la circonférence bicubitale sur la circonférence sous occipito-frontale.

III. — Il est possible de réduire la circonférence maxima du tronc à un chiffre égal à la circonférence sous-occipito-frontale en dégageant complètement un bras avant le reste du tronc.

IV. — La conduite que je propose de suivre pendant le sixième temps varie suivant les circonstances :

1° Si une main se présente au niveau du cou, que ce soit l'anté-

rieure ou la postérieure, extraire tout le membre supérieur correspondant en tirant sur cette main.

2° Si l'enfant ne tend pas la main, c'est le bras antérieur qu'il vaut mieux dégager ; pour cela, avoir recours à la manœuvre suivante :

A. Abaisser fortement la tête pour dégager le bras antérieur jusqu'auprès du coude.

B. Dégager le coude, l'avant-bras et la main en poussant le coude vers le plan postérieur du fœtus.

C. Relever le tronc pour défléchir l'avant-bras postérieur.

V. — Cette manœuvre est presque toujours indiquée chez les primipares ; elle est certainement facile et sans danger ; je la crois avantageuse pour la protection du périnée.

Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction. Tumeurs développées aux dépens du squelette aelvien, par E. VAILLE. Thèse de Paris, 1891.

Les tumeurs du bassin ne semblent pas avoir d'influence sur la durée de la grossesse. Elles sont surtout dangereuses par l'obstacle qu'elles apportent à l'accouchement.

L'importance de cet obstacle est en rapport avec le volume de la tumeur, avec son siège, sa forme, sa consistance, sa mobilité ou sa fixité.

Les exôstoses sont des tumeurs bénignes, de dimensions toujours restreintes. Mais elles sont presque toujours situées derrière le pubis ou en avant du sacrum ; elles rétrécissent donc les diamètres les plus petits du bassin, et c'est surtout par leur fixité qu'elles sont dangereuses. A rétrécissement égal, on pourra tenir sensiblement la même conduite que pour les rétrécissements simples.

Les enchondromes et les ostéosarcomes sont le plus souvent des tumeurs volumineuses ; l'intervention par les voies naturelles est rendue difficile et même dangereuse : on interviendra donc par l'opération césarienne quand on pourra faire cette opération dans de bonnes conditions, c'est-à-dire avant le travail ou au début du travail.

Les fibromes sont souvent pédiculés et mobiles ; on devra en faire l'ablation quand elle sera possible. Si elle est impossible, on se comportera comme pour les rétrécissements simples ; mais, à rétrécissement égal, l'intervention sera toujours plus difficile.

NÉCROLOGIE

CARL BRAUN

Carl Braun a suivi de près au tombeau son collègue Breisky. Avec lui, disparait le dernier représentant de la vieille et illustre école de Vienne.

Carl Rudolff Ritter Braun von Fernwald était le fils d'un médecin de Zisterdof; il était né en 1823, et il vint à l'université de Vienne en 1841. Docteur en 1847, il succéda en 1849 à Semmelweis, comme assistant de Klein. A la mort de Klein, il obtint la situation de directeur de clinique avec le grade de professeur ordinaire. Cette situation, il l'occupa jusqu'à sa mort.

Bien qu'en dehors de l'Autriche, il eût noué peu de relations personnelles, Braun était très considéré et très honoré dans toute l'Allemagne. Comme Fried, Saxtorph, Baër, il comptait parmi les plus illustres de l'école allemande. C'est à peine s'il existe un chapitre d'obstétrique et de gynécologie, à propos duquel son nom ne doive pas être cité. Nous lui devons le premier traité allemand qui, conçu dans un esprit moderne, mit à la portée des médecins des observations cliniques puisées à un matériel abondant. La clinique de Braun, de Chiari, de Späth fut, pendant dix années, une riche mine pour tout étudiant. Il a doté l'arsenal obstétrical de trois instruments qui sont entre les mains de la plupart des médecins allemands; le *Colpeuryster*, un *Cranioclaste* et le *Crochet mousse* pour la décollation.

(*Cent. f. Gyn.*, nº 18, 1891.)

OUVRAGE REÇU

Application de la méthode antiseptique aux accouchements, par le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. In-8º de 76 pages, 1891, Coccoz, éditeur.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'HISTOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DES OVAIRES DE LA FEMME

Par **N. Alexenko**, médecin interne à la clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le professeur K. Slavjansky (St-Pétersbourg).

Mon travail, comme l'indique le titre, se divise en deux parties. Dans la première, j'aborde principalement la question, encore peu élucidée, des phénomènes de l'ovulation et de la régression de la membrane granuleuse des follicules. La seconde a pour but de poursuivre l'histoire de la vie et de la mort des vésicules de Graaf dans cet état particulier de l'ovaire, que les auteurs allemands, depuis longtemps déjà, décrivent sous le nom de « *Kleincystische Follicular-degeneration* » (dégénérescence folliculaire à petits kystes).

Bien que cet état de l'ovaire ait donné lieu à un grand nombre de recherches, notamment dans ces derniers temps, la question reste embrouillée, et, jusqu'à nos jours, ces efforts n'ont même pas abouti à faire établir un tableau anatomo-pathologique exact de cette affection.

Mes observations reposent sur un total de 21 cas, concernant exclusivement des femmes adultes. Les ovaires furent obtenus à la suite d'une série d'opérations pratiquées par M. Slavjansky pour diverses indications (fibro-myôme de l'utérus, dysménorrhée, opération de Porro, atrésie congénitale du vagin, etc.).

Dans la majorité des cas, 13 fois, l'examen à l'œil nu, permit de constater l'aspect caractéristique de la dégénérescence kystique des ovaires. Ces organes présentaient à la coupe des cavités plus ou moins nombreuses, de dimensions variables, jusqu'à deux centimètres de diamètre. Dans 2 cas seulement, je pus constater la présence de fausses membranes à la surface utérine de ces cavités.

Les dimensions des ovaires variaient dans les limites suivantes : longueur = 2,5-7 centim. ; largeur 1,5-3 centim. épaisseur = 7 millim.-2 cent.

Quant à la technique de la préparation, j'ai suivi les méthodes en vigueur (durcissement par l'alcool et le liquide de Müller). Je mettais aussi de petits morceaux de l'ovaire, immédiatement après l'opération, dans du liquide de Flemming, où ils restaient pendant 24-48 heures, après quoi ils furent lavés minutieusement dans l'eau et transportés ensuite dans de l'alcool. Enfin, pour les rendre plus consistants, j'employais l'immersion dans de la celloïdine ou photoxiline. Les coupes microscopiques furent colorées par l'hématoxiline, combinée avec l'éosine, le carmin au borax, le carmin à l'alun de Grenacher et enfin par la safranine lorsque les ovaires étaient durcis, au préalable, dans du liquide de Flemming. La coloration achevée, les coupes furent éclaircies au moyen de l'essence de bergamote, ou de l'origanum vulgaire et montées dans le baume de Canada.

Pour obtenir une série de coupes consécutives, je me servis de la méthode suivante : après avoir passé le couteau du microtome, je n'enlevais pas de suite la coupe, je la laissais en contact avec le morceau au moyen d'un mince pont de tissu, en la rejetant seulement de côté. En sectionnant ainsi une certaine partie du morceau, j'obtenais toute une série de coupes consécutives et adhérentes l'une à l'autre comme les *feuilles* d'un livre. La coloration se pratiquait préalablement sur le morceau. Le sectionnement terminé, les coupes furent détachées l'une après l'autre, éclaircies et montées dans le baume.

En résumé, je me crois autorisé à dégager de mes observations, les conclusions suivantes :

I. La prolifération des cellules de la membrane granuleuse chez la femme, à la période de son évolution, se produit par division indirecte (Karyomytosis). Hartz (1) fut le premier qui observa les figures de métamorphose fibrillaire du noyau dans les cellules de l'épithélium folliculaire chez le chat et les autres mammifères, ce qui plus tard fut confirmé par Flemming (2) relativement aux ovaires du lapin et du chat.

Les mytoses dans les cellules de la membrane granuleuse chez la femme n'ont été jusqu'à présent observées que par Nagel (3). Quant à moi, il m'est arrivé d'observer presque exclusivement les phases du peloton et de l'étoile. Une fois, dans une coupe d'un follicule, dont la cavité contenait déjà une quantité insignifiante de liquide et dont la membrane vitelline venait de se former, les mytoses se trouvaient en grande abondance dans les cellules de l'épithélium pariétal, ainsi que dans les éléments du disque proligère.

II. En raison de mes observations je ne puis pas confirmer les données de Nagel (4), qui prétend avoir vu dans les follicules en évolution des globules connus sous le nom de Nährzellen. Les grandes cellules dans l'épithélium folliculaire étaient connues dans la littérature bien avant Nagel, mais on les trouvait uniquement dans les ovaires infantiles (Sinety) (5) Statziewitch (6). D'après ce dernier, ces cellules

---

(1) HARTZ. Beiträge zur Histologie des Ovariums der Säugethiere. *Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd XXII, 1883, p. 374-405.

(2) FLEMMING. Ueber die Regeneration verschiedener Epithelien durch, mitotische Zelltheilung. *Arch. f. mikroskop. Anat.,* Bd XXIV, 1884, p. 376-382.

(3) NAGEL. *Das menschliche Ei. Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd XXXI, 1887, p. 342-416.

(4) NAGEL. *Loc. cit.*

(5) De SINÉTY. Recherches sur l'ovaire du fœtus et de l'enfant nouveau-né. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1875, 2e série, p. 508.

(6) STATZIEWITCH. *Contribution à l'étude de la formation et maturation de la vésicule de Graaf.* Diss. inaug., 1882, St-Pétersbourg.

ont pour point de départ un processus de formation de follicules tout particulier, le mode selon lequel se produit cette formation consistant dans une naissance directe du follicule des *Tiballen* de Waldeyer, sans qu'elle soit précédée d'un entrelacement de tissu conjonctif et décomposition en follicules primitifs. Ces cellules présentent donc des globules ovulaires à l'état embryonnaire, privés de la capacité de jamais mûrir.

III. — La membrane granuleuse ne prend aucune part active à la formation des corps jaunes ni à l'atrésie physiologique des vésicules de Graaf, et la cicatrisation de la cavité du follicule se produit uniquement aux dépens de la couche granuleuse de sa paroi fibreuse (Slavjansky) (1).

IV. — Au début du processus de cicatrisation, la membrane granuleuse périt à force de dégénérescence albumineuse sous formation de cavités, dont le contenu conflue avec le liquide du follicule (Epithelvacuolen de Flemming).

Des formations semblables, déjà depuis longtemps, ont été observées chez les *animaux*, mais les opinions que les auteurs ont émises sur leur nature et leur rôle dans la physiologie de l'ovaire sont fort contradictoires.

Bernhardt (2), Wagner (3), les regardent comme des vésicules de graisse; d'après Call et Exner (4), par contre, ce seraient de jeunes ovules, qui auraient pris naissance des cellules de l'épithélium folliculaire et qui seraient susceptibles d'arriver à maturité, après l'expulsion de l'ovule du follicule. Flemming (5), qui a donné une description détaillée

---

(1) K. Slavjansky. Recherches sur la régression des follicules de Graaf chez la femme. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*,

(2) Bischoff. *Entwickelungsgeschichte der Säugethiere und des Menschen.* Leipzig, 1842.

(3) Wagner (A.). *Abh. der math.-phys. Klasse der Baier. Acad.*, 1837.

(4) Call und Exner. Zur Kenntniss des *Graaf*'schen Follikels und des corpus luteum beim kaninchen. *Sitzungsberichte der Wiener Acad.* vom. 15 April 1875, III Abth., p. 321-328.

(5) Flemming. *Loc. cit.*

de la structure de ces formations chez le lapin, suppose qu'elles proviennent d'une dégénérescence des cellules de la membrane granuleuse et qu'elles prennent part à la formation du liquide des follicules. Il leur donne la dénomination d'*epithelvacuolen*. Quant à la femme, la présence de vacuoles dans l'épaisseur de la membrane granuleuse n'a été constatée que tout récemment par Nagel (1), selon lequel elles prennent naissance de ces *Nährzellen*. La formation des vacuoles n'a lieu que dans les follicules où le deutoplasme est déjà en train de se former, et sert à former le liquide folliculaire.

Mes observations concourent à prouver que ces cavités ont pour source unique les cellules vulgaires de la membrane granuleuse, qui subissent une dégénérescence toute particulière, ces processus ne se manifestant que par places, ce qu'on peut démontrer sur des préparations où on observe les cavités au commencement de leur formation, le contenu de ces cavités se composant alors des cellules vulgaires de la membrane granuleuse. Ces cellules sont nettement désignées et ne diffèrent des autres cellules de la couche épithéliale du follicule que par l'aspect plus granuleux de leur contenu et par leur moindre affinité pour l'éosine.

Plus tard, les phénomènes suivants sont observés ; disparition des noyaux et transformation des cellules en corpuscules, qui, par suite de pression réciproque, prennent les formes les plus singulières. On voit en même temps que leurs contours deviennent plus accusés, ce qui donne à la formation un aspect réticulé, particularité structurale des vacuoles qui fut observée par Flemming chez le lapin. Avec le temps, les limites des corpuscules s'effacent, leurs contenus se liquéfient et confluent, ce qui donne lieu à la formation de cavités remplies d'une substance qui, sur les préparations durcies, se présente sous forme d'une masse finement gra-

---

(1) NAGEL. Das menschliche Ei. *Arch. f. mickroskop. Anat.*, Bd XXVI, 1887, p. 380-381.

nuleuse et ayant une ressemblance frappante avec le liquide coagulé des follicules.

Les réactions micro-chimiques avec l'acide acétique démontrent le caractère albumineux de la dégénérescence du contenu des vacuoles. Chacune des cavités peut avec le temps augmenter de volume, si les cellules superposées commencent, à leur tour, à dégénérer et il y en a qui atteignent les dimensions d'un ovule presque mûr, tandis que les cavités les plus petites ne surpassent pas une seule cellule de la membrane granuleuse. L'agrandissement graduel de la cavité à pour conséquence l'amincissement de la couche épithéliale, qui la sépare du liquide folliculaire; peu à peu, les cellules s'aplatissent et enfin disparaissent, après quoi le contenu de la cavité se mêle au liquide du follicule.

Pour mieux préciser le rôle physiologique de ces phénomènes, je crois devoir m'arrêter un peu sur quelques points particulièrement importants. Tout d'abord, j'indiquerai ce fait important que les susdites cavités ne se trouvent que dans certains follicules, contenant déjà une quantité suffisante de liquide. Il est évident, par conséquent, que la présence de ces cavité ne joue aucun rôle important ni dans la vie du follicule, ni dans son évolution, nutrition, etc.

Quant au nombre des cavités, il est très variable. Tandis que, dans certains follicules, chacune des coupes ne contient qu'une, deux vacuoles, dans d'autres, au contraire, la membrane granuleuse en paraît tellement pénétrée que, de la couche épithéliale, il ne reste que des points plus ou moins épais. Il y existe, sans doute, une dégénérescence de l'épithélium folliculaire, qui se termine par sa destruction et disparition définitive, après quoi, l'existence du follicule devient impossible et il finit par s'atrophier. On voit, outre cela, que les follicules, dont la membrane granuleuse, contient des vacuoles, ont perdu leur forme ordinairement ronde ou à peu près oviforme et se sont contractés par suite de l'abaissement de la pression intra-folliculaire. On voit en même temps que leur paroi se plisse et prend un aspect étoilé.

Tous ces phénomènes sont signes aussi de l'atrésie initiale.

Il résulte donc de mes observations que la présence de vacuoles dans l'épaisseur de la membrane granuleuse doit être considérée comme l'effet de la dégénérescence albumineuse de ses éléments, constituant ainsi un des phénomènes primitifs du processus de l'atrésie physiologique des vésicules de Graaf. Ce processus commence par destruction de la membrane granuleuse par suite d'une dégénérescence albumineuse en foyers ; il en résulte un accroissement de nombre et du volume des cavités, dont le contenu se liquéfie et se mêle au liquide du follicule.

En résumé, de la seconde partie de mes recherches qui porte sur l'anatomie pathologique des ovaires, je conclus :

V. La dégénérescence de l'ovaire dite kystique doit être considérée comme un processus pathologique tout particulier. Ce processus se manifeste par un trouble de nutrition, à marche progressive, et se passe principalement dans les follicules (hypertrophie folliculaire).

On sait que, sous le nom de dégénérescence kystique de l'ovaire, les *modifications les plus variées*, ont été décrites dans la littérature. Tandis que pour les uns les cavités — signe principal macroscopique de dégénérescence — ne sont autre chose que des vésicules de Graaf à diverses périodes de leur destruction, provenant de certains phénomènes notamment inflammatoires (oophoritis follicularis) d'autres les tiennent pour de petits kystes folliculaires, qui se développent grâce à toute condition mécanique capable d'empêcher la rupture du follicule mûr. Notons enfin l'avis de quelques auteurs que ces cavités ne présentent que des vésicules de Graaf normales, développées en nombre excessif. Nagel (1) n'y voit même rien de pathologique, il affirme que l'évolution d'un grand nombre de follicules est propre à la fonction physiologique de la glande génitale qui est sujette,

---

(1) NAGEL. Beitrag zur Anat. gesunder und Kranker Ovarien. *Arch. f. Gyn.* Bd XXVI, 1887, III Heft, p. 327-358.

sous ce rapport, à des variations individuelles fort larges.

D'après mes observations, les cavités à l'état de dégénérescence kystique des ovaires ne sont, en réalité, que des vésicules de Graaf au stade primitif du processus, présentant, en même temps, quelques particularités de structure caractéristiques de ce processus, qui siège principalement dans la couche granuleuse de la paroi fibreuse du follicule. Les particularités mentionnées consistent dans une hypertrophie des cellules qui font partie de la couche granuleuse : en même temps qu'elles augmentent considérablement de volume, elles prennent aussi les formes les plus singulières ; quelques-unes reçoivent même une coloration jaunâtre. Il en résulte, en général, une grande ressemblance avec ces *Luteinzellen* des corps jaunes.

Plus tard, toute la couche paraît être composée de ces grandes cellules, serrées l'une contre l'autre et c'est à peine si l'on distingue parmi ces éléments les fines fibrilles qui parcourent çà et là la couche. Le contenu des cellules paraît un peu granuleux et chacune d'elles contient un gros noyau, nettement dessiné et se colorant assez fortement par l'hématoxiline. Les vaisseaux, à leur tour, augmentent de nombre et de calibre ; on en voit de fort élargis et remplis de globules rouges.

Cet état hypertrophique de la couche granuleuse se trouve être en coïncidence avec celui de la membrane granuleuse, dont les cellules se groupent de façon à constituer plusieurs couches, de 10 à 12. En examinant une série de coupes successives, portées sur une vésicule en état d'hypertrophie, l'on parvient toujours à y trouver l'ovule sain, à divers degrés de sa maturité.

Les modifications des follicules que je viens de décrire, présentent une analogie complète avec les observations de Sinéty (1) relativement aux changements des ovaires pendant

(1) De Sinéty. Histologie de l'ovaire de la femme pendant la grossesse. *Gaz. méd. de Paris*, 1877, p. 531.

la grossesse. Les mêmes changements furent trouvés par Lebedinsky (1) dans les follicules cicatrisés des ovaires d'une enfant mort-née, et par le professeur Slavjansky (2) dans les ovaires enflammés, dont les follicules étaient en voie d'atrophie.

L'observation, faite par Spiegelberg (3) et confirmée ensuite par Nagel (4), qu'un grossissement peut également avoir lieu dans des follicules sains ne suffit guère à réfuter l'avis que l'hypertrophie des cellules à l'état de dégénérescence kystique de l'ovaire doit être considérée comme phénomène pathologique, surtout si l'on tient compte qu'elle ne fut observée, les conditions d'ailleurs étant normales, qu'après l'expulsion de l'ovule, à la formation des corps jaunes vrais. Tout au contraire, les modifications sus-indiquées des vésicules de Graaf à l'état de dégénérescence kystique démontrent que cet état doit être considéré comme l'effet d'une irritation portant sur le tissu de l'ovaire et agissant de façon à provoquer une réaction de la part de ce dernier, réaction qui se manifeste par un développement excessif de ses formations glandulaires.

D'après quelques auteurs, la dégénérescence kystique des ovaires, le plus souvent, a pour cause efficiente les fibromyômes de l'utérus, ce qui n'est encore nullement démontré. Pour donner une base solide à cette théorie, il faudrait d'abord évaluer en chiffres la fréquence de la coïncidence de la dégénérescence kystique des ovaires avec les fibro-myômes de l'utérus, ainsi qu'avec les autres maladies de l'appareil

---

(1) LEBEDINSKY. *Contribution à l'étude de la pathologie de la vésicule de Graaf*. Diss. inaug., 1879, St-Pétersbourg.

(2) SLAVJANSKY (K). Sur les inflammations des ovaires (oophoritis). *Annal. de gyn. et d'obst.*, 1890.

(3) SPIEGELBERG. Ueber die Bildung und Bedeutung des Gelben körpers im Eierstocke. *Monatsschrift f. Geb. und Frauenkrh.*, Bd XXVI, 1865, p. 7-10.

(4) NAGEL. Beitrag zur Anat. gesunder und kranker Ovarien. *Arch. f. Gyn.* Bd XXI, 1887, III Heft, p. 327.

génital d'une part, et avec l'état normal de celui-ci, d'autre part, ce qui n'a été fait encore par personne.

Quant à la destinée ultérieure des vésicules de Graaf à l'état de dégénérescence kystique, il est à noter que les conditions dans lesquelles se trouvent les autres parties constituantes de l'ovaire, notamment son stroma, y jouent un rôle important.

Dans les cas où le tissu qui sépare les cavités se trouve encore en quantité considérable, et ne présente aucune déviation notable, la destinée ultérieure de la vésicule de Graaf ne diffère en rien de celle qu'elle subit dans l'état normal. Si le follicule ne subit point d'ovulation ni de transformation en corps jaune, il succombe à un processus régressif dont le cours ultérieur présente une analogie complète avec l'atrésie physiologique du follicule, fait sur lequel Slavjansky (1) a déjà attiré l'attention. Dans les cas, au contraire, où parallèlement avec la dégénérescence kystique, des phénomènes inflammatoires se produisent dans le stroma de l'ovaire, les vésicules subissent un processus d'atrésie plus passif ; en d'autres termes elles s'atrophient.

Au lieu de follicules d'une structure définie, on trouve des cavités, dont les parois sont constituées immédiatement par le stroma de l'ovaire, considérablement atrophié. A l'intérieur de ces cavités, on observe souvent les restes de la membrane granuleuse, par places détachée, par places transformée en débris finement granuleux.

Il arrive, quoique rarement, que l'ovule même est conservé, mais il paraît alors fort modifié. Plus tard, le contenu subissant un processus de résorption, les cavités reviennent sur elles-mêmes et se transforment en faisceaux de tissu conjonctif, très pauvre en éléments cellulaires. Il est probable qu'ultérieurement ce tissu acquiert toutes les propriétés du stroma, pourvu que la capacité restituante de l'ovaire, qu'il

(1) SLAVJANSKY (K.). Sur les inflammations des ovaires (oophoritis). *Annal. de gyn. et d'obst.*, 1890.

possède au plus haut degré (Ziegler) ne soit pas considérablement altérée.

C'est ainsi que :

VI. L'issue ordinaire de la dégénérescence kystique de l'ovaire est l'*atrésie des follicules* qui se manifeste sous deux formes : 1) forme active ne se distinguant en rien de l'atrésie physiologique, et 2) forme passive qui n'est autre chose que l'atrophie vulgaire du follicule, à la place duquel, à la suite d'une résorption du contenu et de cicatrisation immédiate des parois de la cavité, se forme un faisceau de tissu connectif fibrineux.

VII. Dans les cas de fibro-myôme de l'utérus, l'hypertrophie des cellules de la couche granuleuse, qui se produit à la formation des corps jaunes, est parfois à tel point prononcée, qu'elle donne à ces corps le caractère des vrais corps jaunes de la grossesse.

DE LA GOUTTE VÉSICALE CHEZ LA FEMME

Par le Dr **Mabboux**, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, médecin-consultant à Contrexéville.

Par suite de sa conformation anatomique, de la brièveté de son canal d'excrétion, de ses rapports physiologiques et anatomiques avec les organes avoisinants, le réservoir urinaire de la femme présente à la fois vis-à-vis de l'inflammation une vulnérabilité et une résistance qui lui font une place à part dans l'histoire de la cystite et surtout dans le catarrhe vésical.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des voies urinaires ne consacrent à la cystite chez la femme que de courtes mentions : tous insistent sur l'inégale fréquence des inflammations vésicales dans les deux sexes, au point même de faire croire à leur absolue rareté chez le sexe féminin. Mais les gynécologistes ont dû s'en préoccuper à titre

de complication des affections de la matrice, et les développements qu'ils consacrent aux troubles de la miction et aux diverses souffrances vésicales montrent que depuis longtemps déjà leur attention était dirigée sur la place qu'elles occupent dans la pathologie spéciale de la femme.

Depuis une vingtaine d'années, ce chapitre de pathologie urinaire a été repris et la question des inflammations vésicales chez la femme a été, en France et en Angleterre, l'objet de travaux remarquables d'où il ressort que la cystite, à ses divers degrés d'acuité, est une complication fréquente des états congestifs ou inflammatoires de l'appareil utéro-ovarien, et que l'influence de voisinage exercée par l'utérus hyperhémié ou enflammé compense, dans une mesure très appréciable, l'absence ou la rareté des causes de cystite qui interviennent chez l'homme. Dans les stations d'eaux fréquentées par les malades qui souffrent de la matrice, dans celles où l'on traite la goutte, la gravelle, on a de fréquentes occasions de constater que la femme est malheureusement bien loin de jouir de cette immunité que certains auteurs semblent lui accorder vis-à-vis des inflammations vésicales. Depuis la simple exagération de fréquence dans les besoins, avec ardeur en urinant, jusqu'à la cystite douloureuse dont Hartmann a fait une peinture terrifiante, mais malheureusement vraie, la femme peut parcourir tous les degrés de l'inflammation vésicale. Qu'elle y soit moins sujette que l'homme, le fait est incontestable, mais elle l'est cependant dans une proportion bien suffisante pour justifier les développements qu'y consacrent les auteurs les plus récents, et pour que l'étude de la cystite chez la femme doive faire désormais l'objet d'un chapitre dans tout traité complet de gynécologie ou de pathologie des voies urinaires.

Il y a là un vaste champ d'études qui a été largement exploré depuis une vingtaine d'années en Angleterre d'abord (Barnes, Playfair, etc.), puis en France sous l'impulsion du professeur Guyon. C'est sur les causes spéciales au sexe féminin qu'ont porté ces recherches, c'est-à-dire sur l'influence

des états physiologiques ou pathologiques de l'utérus. Les travaux de Monod (1), de Terrillon (2), de Boissard (3), de Barié (4), Bernardet (5), de Hartmann (6), et le chapitre de Guyon (7), sur la « cystite chez la femme » ont envisagé à peu près tous les aspects de la question et fourni un tel ensemble de preuves anatomiques et cliniques qu'il ne paraît plus y avoir grand chose à demander à l'observation future.

Dans cette étiologie magistralement étudiée, il nous paraît cependant y avoir une lacune : dans les conditions particulières où j'exerce, je me suis trouvé deux fois en face de cystites qui ne reconnaissaient aucune des causes visées dans les travaux que je viens de citer, et en procédant par élimination j'ai été forcément amené à soupçonner la goutte, qui pesait d'ailleurs lourdement sur l'hérédité de ces malades. Plusieurs faits tirés de ma pratique hydro-minérale m'avaient déjà mis en défiance au sujet de la prétendue immunité de la femme vis-à-vis de la goutte; j'avais observé chez elle des cas de goutte, voire même de goutte articulaire caractéristique; j'avais vu la diathèse urique se porter sur l'utérus pour y entretenir et même pour y faire naître des états inflammatoires aigus ou chroniques ; et en consultant les ouvrages spéciaux, j'avais rencontré plusieurs exemples indéniables de goutte articulaire ou viscérale : en sorte que j'étais préparé à admettre sans répugnance l'intervention de la diathèse goutteuse dans ces catarrhes vésicaux inexplicables par les causes généralement admises.

---

(1) Eug. Monod. *Annales de gynécologie*, mars, avril et mai 1880.

(2) Terrillon. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1880.

(3) Boissard. *Th. Paris*, 1883. Étude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus.

(4) Barié. Étude sur la ménopause, 1877.

(5) Bernardet. *Th. Paris*, 1886. Du catarrhe de la vessie chez la femme réglée.

(6) Hartmann. *Th. Paris*, 1887. Des cystites douloureuses.

(7) Prof. Guyon. *Leçons clin. sur les affect. chirurg. de la vessie et de la prostate.* Paris, 1888, p. 771.

Cette question de la goutte chez la femme, que j'ai étudiée sous un de ses aspects, à savoir : les manifestations utéro-ovariennes (1), a été dernièrement l'objet d'un long et consciencieux travail lu devant l'Académie de médecine par M. Baudon (de Nice) (2) : les conclusions de cet auteur, appuyées sur des recherches longtemps poursuivies et sur un grand nombre de faits, sont bien plus affirmatives que les miennes et tendent à établir que la goutte joue un rôle considérable dans la pathologie de la femme.

Dans une de mes études, j'avais appelé l'attention sur les manifestations utérines ; aujourd'hui, j'espère pouvoir démontrer, en m'appuyant sur les faits que j'ai observés, sur ceux qui l'ont été antérieurement, et sur l'analogie, que la goutte peut se porter sur la vessie, chez la femme aussi bien que chez l'homme et y déterminer une cystite aiguë ou chronique ayant une physionomie particulière et nécessitant surtout un traitement spécial anti-diathésique.

L'*étiologie de la cystite chez la femme*, telle qu'elle résulte des travaux les plus récents, peut se résumer dans le tableau suivant :

A. — Causes communes aux deux sexes :

1° Influence du froid.
2° Empoisonnement cantharidien.
3° Blennorrhagie.
4° Affection calculeuse.
5° Néoplasme.
6° Tuberculose.

B. — Causes spéciales à l'homme :

Rétention par suite de rétrécissement uréthral.
— — d'hypertrophie prostatique.

---

(1) Mabboux. De la goutte utéro-ovarienne et de son traitement hydrominéral. In *Bulletin général de thérap.*, n° du 30 mai 1888.

(2) Baudon. Lecture faite devant l'*Acad. de médecine*. Séance du 14 octobre 1890.

C. — Causes spéciales à la femme :

Voisinage du vagin.	Inoculation de sécrétions vaginales ou vulvaires.	
Influence de l'utérus.	Hyperhémie propagée.	Menstruation. Ménopause. Grossesse. Puerpéralité. Métrite.
	Compression.........	Grossesse. Déplacements. Tumeurs fibreuses. Néoplasmes.

Ce tableau comprend toutes les causes énumérées par le professeur Guyon dans le chapitre magistral auquel j'ai fait allusion tout à l'heure : cependant cet auteur reconnaît que certains cas de cystite restent en dehors de cette étiologie. « On observe chez la femme des cystites dont il est impos- « sible de préciser la cause. Les recherches cliniques et « microbiologiques les plus attentives ne démontrent ni l'in- « fluence tuberculeuse ni la contamination blennorrhagique. « Sont-ce des inflammations vésicales survenues sous l'in- « fluence d'une cause banale, sous l'influence des prédispo- « sitions que je viens d'étudier avec vous ? Serait-ce des « cystites d'origine vaginale, consécutives à l'inoculation « des sécrétions de la vulve ou du vagin? Cette question « mérite des recherches nouvelles » (1).

On voit que M. Guyon ne paraît pas admettre l'intervention du principe goutteux; il ne l'admet guère plus d'ailleurs chez l'homme, car il insiste en différents points de ses leçons sur la faible disposition des « uratiques » aux inflammations vésicales. Il reconnaît cependant « avoir rencontré chez un « petit nombre de goutteux des cystites évidemment liées à « des accès aigus ; elles naissaient avec eux et s'amendaient

(1) Guyon. *Ouv. cit.*

« aussitôt que s'était constituée une franche détermination « articulaire (1) ». Cette remarque est bonne à retenir et nous ne nous ferons pas faute d'invoquer un témoignage tombant d'une bouche aussi autorisée ; il constitue, en effet, une reconnaissance formelle de la cystite goutteuse, au moins chez l'homme et je ne vois pas quelle raison pourrait être invoquée en faveur de sa limitation à un sexe. Nous reviendrons plus tard sur ce point; voici la relation des deux faits que j'ai observés :

Observation I. — Mme B..., 38 ans, sans enfants, m'est adressée en juillet 1888 par le Dr Hallez (de Lille) avec les indications suivantes : Cystite à répétition, de cause obscure, peut-être rhumatismale.

Antécédents héréditaires d'arthritisme ; grand-père et père goutteux ; mère atteinte de lithiase biliaire. Bonne santé habituelle ; tendance à l'essoufflement ; visage couperosé. Rien à noter du côté des poumons et du cœur ; dyspepsie acide.

Menstruation régulière ; pas de troubles utérins.

A eu à trois reprises depuis 18 mois et sans cause connue, de violentes atteintes de cystite caractérisées par de la douleur hypogastrique, des mictions fréquentes et pénibles, une urine rare, rouge, brûlante au passage ; ces symptômes disparaissaient au bout de 3 ou 4 jours en laissant à leur suite un peu de sensibilité au-dessus du pubis ; les urines restaient nuageuses pendant quelque temps ; elles sont limpides lors de l'arrivée à Contrexéville.

Cette dame suit ici un traitement de 21 jours consistant en : ingestion journalière d'eau minérale à doses faibles et espacées et grands bains avec irrigation vaginale à l'aide de la canule spéculum.

Rien de particulier ne survient pendant la cure et la cystite ne reparaît pas jusqu'au mois d'août de l'année suivante où une quatrième atteinte, moins forte que les précédentes, détermine la malade à revenir à Contrexéville. Elle y arrive dans les premiers jours de septembre, boitant légèrement par suite d'une entorse (?) survenue depuis la crise. L'examen du pied malade me fit conce-

(1) F. Guyon. *Ouv. cit.*

voir des doutes sur la réalité de cette entorse; je trouvai sur le gros orteil et le long du bord interne du pied une sensibilité anormale, et en interrogeant Mme B... je recueillis des indications qui s'accordaient bien mieux avec l'idée d'un accès de goutte. La pensée que ces poussées de cystite pouvaient être de la goutte vésicale me vint alors à l'esprit; j'interrogeai et examinai la malade à ce point de vue et le résultat de mes investigations me fortifia dans cette opinion.

La résolution de l'inflammation vésicale ne s'était pas faite cette fois-ci comme les précédentes : les urines étaient troubles, un peu filantes et contenaient du muco-pus; les envies d'uriner revenaient environ chaque deux heures et la pression au-dessus du pubis éveillait de la douleur. Le traitement hydro-minéral dut être conduit avec beaucoup de ménagements à cause de l'irritabilité vésicale, mais, au bout de la première semaine, il y avait une amélioration notable, et à la fin de la saison les urines, encore un peu louches, pouvaient être gardées pendant 5 à 6 heures.

Pendant l'hiver de 1889-1890 il y eut une petite poussée que le médecin de Mme B..., convaincu comme moi de l'origine goutteuse, traita par le salicylate de soude avec un succès complet; la résolution fut rapide et entière au point que la malade n'a pas cru devoir venir cette année faire une cure qui était indiquée, au moins à titre prophylactique.

Observation II. — Mme Ch..., 48 ans, de Paris, bonne santé habituelle sauf de fortes et fréquentes migraines, père mort d'albuminurie après avoir été longtemps cloué dans un fauteuil par la goutte, deux enfants dont l'aîné, âgé de 25 ans, est affligé de migraines atroces et urine souvent du sable rouge. Les règles ont disparu depuis quatre ans sans qu'il en soit résulté de trouble apparent dans la santé.

Mme Ch... a éprouvé dans l'hiver de 1888-1889 des accès d'oppression, sans toux ni fièvre; puis les urines se sont mises à charrier du sable rouge, et il est survenu deux atteintes de colique néphrétique (à six semaines d'intervalle) terminées par l'expulsion de quelques petits graviers rougeâtres de la grosseur d'un grain de mil : la dernière crise avait eu lieu en février 1889. Au mois de mai suivant, la malade fut prise brusquement de douleurs au-dessus du pubis avec envies fréquentes d'uriner et sensation de

plénitude dans le bassin; urines rouges et brûlantes. Ces symptômes n'avaient été ni précédés ni accompagnés de douleurs lombaires et aucun gravier ne fut rendu. Au bout de 8 jours d'un traitement consistant en grands bains, boissons émollientes et lavements opiacés, l'état aigu disparut, mais les urines restèrent troubles pendant près de deux mois.

En août de la même année, M[me] Ch... fit une cure à Wildungen; elle s'en trouva bien pour son catarrhe vésical, mais elle fut prise pendant la cure de vives douleurs dans la cheville externe du pied gauche, avec rougeur et gonflement de cette région, et le gros orteil du pied droit fut rouge et sensible pendant 24 heures, puis l'hiver suivant elle souffrit encore de quelques accès d'asthme, et au printemps de 1890 les symptômes de cystite ont reparu dans des conditions à peu près identiques à celles de l'année précédente. La malade vient à Contrexéville en juillet, présentant les symptômes d'un catarrhe vésical de moyenne intensité; il existe sur plusieurs doigts des nodosités d'Heberden, et de petits tophus sur une oreille. Je n'hésitai pas à considérer cette dame comme goutteuse : les antécédents héréditaires, les accidents des deux dernières années et les symptômes actuels ne laissaient guère de place au doute; et vu l'impossibilité d'expliquer les atteintes antérieures de cystite et le catarrhe actuel par l'une des causes généralement admises, je les considérai comme des manifestations goutteuses.

Le traitement, bien supporté, fut suivi d'une prompte amélioration et lorsque la malade quitta Contrexéville les urines étaient redevenues limpides et la vessie avait sa tolérance normale.

Bien que je n'aie pas observé chez ces malades l'accès typique de goutte articulaire précédant ou suivant l'inflammation vésicale avec les caractères d'une métastase, je ne pense pas que le diagnostic de goutte et de cystite goutteuse puisse être sérieusement contesté : en tout cas, on ne pouvait invoquer aucune cause locale ou de voisinage : les sujets n'étaient ni tuberculeux, ni rhumatisants, tandis que la diathèse goutteuse était manifeste. Pour repousser cette étiologie, il aurait fallu ne pas admettre que cette diathèse peut se manifester sur la vessie. Or la goutte vésicale n'est pas

une vue de l'esprit : pour être rare, elle n'en a pas moins été signalée par les auteurs de nos principaux Traités de la goutte. Sans aller jusqu'à Barthez, qui a fait rentrer dans le cadre des maladies goutteuses la pathologie tout entière, on trouve dans Todd, dans Garrod, dans Lecorché une description très précise de la goutte vésicale, dont Sydenham avait déjà parlé. D'après M. Lecorché, on devrait même la rencontrer fréquemment : « la cystite aiguë, dit cet auteur, est « une des manifestations fréquentes de la diathèse goutteuse, « faisant souvent place à une localisation articulaire, d'au« tres fois consécutive ».

La goutte peut se manifester sur la vessie par des troubles variés qui vont depuis la simple excitation (irritable bladder) jusqu'à l'attaque franche de cystite aiguë et au catarrhe vésical. Nous avons dit plus haut que le professeur Guyon, tout en refusant une place à l'arthritisme dans l'étiologie de la cystite, reconnaît avoir rencontré des exemples de cystite « évidemment liée à des accès de goutte aiguë ». La goutte vésicale ne peut donc pas être contestée et le fait que les exemples rapportés jusqu'à présent par les auteurs ne visent que des hommes ne saurait être invoqué en faveur de l'immunité absolue de la femme. On ne pourrait apporter à l'appui de cette thèse aucun argument tiré de l'anatomie ou de la physiologie ; on y puiserait plutôt des arguments en faveur de l'opinion contraire. Pourquoi d'ailleurs contester l'aptitude de la goutte à se porter sur la vessie alors qu'on la voit se porter sur d'autres organes du petit bassin et notamment sur la matrice dont les rapports vasculaires avec la vessie sont si étroits. Et que pourrait-on trouver dans la structure de cet organe chez la femme pour expliquer ce prétendu état réfractaire ?

Que la localisation vésicale soit rare, qu'elle le soit plus encore chez la femme que chez l'homme, pour la raison que, d'une façon générale, la femme est beaucoup moins sujette à la goutte, nous n'y contredisons pas ; mais l'immunité absolue de la femme ne peut pas être soutenue : les deux faits

relatés plus haut sont des exemples indéniables de cystite goutteuse. Cette cystite peut, comme toutes les autres manifestations goutteuses, revêtir le caractère aigu et disparaître sans laisser de traces, ou passer à l'état chronique et dégénérer en catarrhe vésical.

Le diagnostic étiologique présente assurément certaines difficultés, car la vessie n'a pas autant de façons de manifester sa souffrance que cette souffrance peut reconnaître de causes différentes. C'est surtout par élimination des causes ordinaires et à l'aide des commémoratifs qu'on en viendra à soupçonner l'origine goutteuse. Il existe cependant des signes particuliers qui peuvent mettre sur la voie : ce sont la brusquerie habituelle du début, l'intensité de la douleur sus-pubienne, la sensation de plénitude dans le bassin : ces particularités m'ont été signalées par mes deux malades, et on les trouve indiquées dans plusieurs observations de cystite goutteuse chez l'homme. Enfin il peut arriver que l'inflammation vésicale succède brusquement à une manifestation articulaire qui s'amende aussitôt et dès lors le diagnostic est bien simplifié.

En somme, s'il est bien établi que la goutte peut se porter sur la vessie et y provoquer une inflammation aiguë ou chronique, il s'en faut qu'on soit autorisé à décrire une forme goutteuse de l'inflammation vésicale ayant une symptomatologie distincte et pour ainsi dire spécifique ; c'est dans l'état général du sujet, dans ses antécédents, dans les circonstances accessoires du moment, dans le mode de début des troubles vésicaux qu'on devra chercher et qu'on trouvera les éléments du diagnostic.

Le **traitement** doit s'inspirer de l'étiologie diathésique : contre l'état aigu on emploiera le salicylate de soude de préférence au colchique : chez le sujet de notre observation I, ce médicament a eu rapidement raison d'une poussée inflammatoire qui s'annonçait comme très violente. La vaste expérience de M. Lecorché l'a amené à proclamer sa grande supériorité sur les préparations de colchique : « Nous avons

« retiré souvent les plus grands avantages, dans les cas de « cystite, du salicylate de soude. Nous avons vu sous l'in- « fluence de ce sel, des cystites goutteuses qui avaient résisté « aux médications les plus énergiques et les plus variées, « céder très rapidement à des doses même faibles, 2 à 4 gr. « par jour » (1).

Lorsque la cystite est passée à l'état chronique et qu'on se trouve en face d'un catarrhe vésical, l'indication du traitement hydro-minéral prime presque l'indication diathésique à cause de la grande irritabilité de la muqueuse vésicale et de la fréquente intolérance de l'organe vis-à-vis de médications anodines en apparence. C'est une notion banale en thérapeutique hydrologique que les eaux alcalines fortes sont absolument contre-indiquées dans tous les états inflammatoires de la vessie, que la muqueuse vésicale, pour peu qu'elle soit enflammée, présente vis-à-vis de ces eaux une intolérance presque absolue : « je ne mentionne les eaux alcalines « fortes, dit M. Guyon, que pour dire que je les crois tou- « jours contre-indiquées dans les états inflammatoires chro- « niques de la vessie ». (2)

Ici, comme dans tout catarrhe vésical, quell e que soit s nature, on se trouvera bien de l'emploi des eaux à faible minéralisation, à peine alcalines, et parmi elles les sulfatées calciques du groupe Contrexéville, Martigny, Vittel, sont indiquées à double titre contre cette cystite goutteuse : elles auront en effet le double avantage :

1° De favoriser la cicatrisation de la muqueuse vésicale enflammée, en rendant à l'urine devenue alcaline son acidité normale, et en débarrassant la vessie des mucosités et des sédiments phosphatiques ;

2° De combattre la disposition diathésique, cause première de la maladie.

Quant à la façon d'administrer les eaux, on suivra les rè-

---

(1) LECORCHÉ. *Ouv. cit.*

(2) GUYON. *Ouv. cit.*

gles établies pour le traitement hydro-minéral du catarrhe, en ayant égard tout particulièrement à la température de l'eau prise en boisson, à la division et à l'espacement des doses. On ne perdra pas de vue que les chances de poussée congestive dans cette muqueuse enflammée sont accrues par le fait même de l'origine goutteuse, et on règlera en conséquence le régime alimentaire et le genre de vie des malades.

L'attention devra être particulièrement en éveil à l'approche des règles, à cause des relations étroites qui existent entre la circulation des deux organes.

Dans le cas où la diathèse goutteuse paraît vouloir entrer en activité, il pourra être utile d'administrer le salicylate de soude ou les préparations de colchique à doses faibles, souvent répétées.

DE L'AVORTEMENT A RÉPÉTITION ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER

Par le Dr **Schuhl**, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy, lauréat de l'Académie de médecine.

---

6. MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE. — *Albuminurie.* — Lorsque l'albuminurie est constatée chez la même femme dans le cours de plusieurs grossesses successives, sa marche dans l'intervalle des gestations est loin d'être toujours la même. Tantôt elle disparaît après chaque accouchement; tantôt au contraire elle persiste dans l'intervalle des grossesses.

La nature de cette affection est variable. Elle peut être le résultat d'une néphrite; d'autres fois elle se produit indépendamment de cette altération du rein.

Mais le plus souvent, lorsque l'albuminurie est constatée dans plusieurs grossesses, les lésions rénales, si elles n'ont pas existé ou si elles ont été transitoires au début, ne tardent pas à devenir permanentes, et étudier l'albuminurie

dans ses rapports avec l'avortement à répétition, cela revient surtout à étudier les néphrites dans leurs rapports avec la marche de la gestation.

Les avortements ont été fréquemment observés dans l'albuminurie; Braun (1) admet que l'avortement ou l'accouchement prématuré surviennent 80 fois 0/0, Hofmeier (2), sur 45 cas de néphrite, a noté 15 fois seulement la terminaison de la grossesse au terme normal, 13 accouchements prématurés et 17 avortements. Sur ces 45 cas, 23 ne furent pas suivis de la mort de la femme, et parmi ces derniers il y eut 9 avortements et 8 accouchements prématurés.

Josef Krzyminsky admet que la grossesse est le plus souvent interrompue avant terme par la néphrite chronique. Il relate six observations, dont une d'avortement à répétition (3) et dans un seul des cas qu'il rapporte la grossesse a atteint son terme physiologique

Barker ne doute pas qu'il y ait une relation entre l'avortement à répétition et l'albuminurie et cite un exemple à l'appui de cette opinion (4).

Enfin M. le professeur Tarnier (5), sur sept femmes atteintes dc la maladie de Bright, a constaté 4 avortements, dont 3 chez la même femme.

Les observations montrent que la mort du fœtus constitue le plus souvent le phénomène initial de l'avortement. Cette mort serait due, suivant Bartels (6), à l'anémie maternelle

---

(1) Des convulsions des femmes grosses. *Gaz. hebd.*, Paris, 1854. Essai sur l'éclampsie. *Revue étrangère méd. chir.* 1858.

(2) *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, t. III, 1878, p. 259.

(3) *Ueber Nierenaffection der Schwangeren und Gebärenden.* Th. Berlin, 1885, p. 29.

(4) DUMAS. Thèse d'agrég. Paris, 1880, p. 162.

Des observations semblables ont été rapportées par COE (Th. DUMAS, p. 209), par M. RENAUT (Th. DUMAS, p. 210). FEHLING (2 observations. Congrès de Strasbourg des naturalistes et méd. allemands. *Annales de gyn.*, 1885, t. II, p. 476).

(5) EYBERT GRANDIN. *Loc. cit.*

(6) HOFMEIER. *Loc. cit.*, p. 273.

qui ne permet pas un développement suffisant du fœtus. Barnes attribue la mort du produit de la gestation à son intoxication « par les rebuts des aliments qui demeurent dans les vaisseaux maternels et fœtaux ». Enfin les lésions du placenta si fréquentes dans l'albuminurie (foyers hémorrhagiques et dégénérescence fibro-graisseuse) qui ont été bien étudiées par Rouhaud (1), peuvent être une cause de la mort du fœtus.

Mais l'enfant est quelquefois vivant au moment de l'avortement. Dans ces conditions, l'hémorrhagie est souvent le symptôme primitif de la fausse couche ; elle est due à l'albuminurie, qui prédispose aux extravasations sanguines. D'autres fois, l'albuminurie semble provoquer directement les contractions utérines. Cette affection a pour résultat une accumulation dans le sang maternel de matières toxiques qui sont capables, suivant Barnes, d'exciter directement le centre diastaltique et les fibres utérines.

Gravelle urinaire. —Désormeaux et Mauriceau attribuent aux coliques néphrétiques un certain nombre d'avortements. Suivant Mauriceau, l'expulsion du fœtus est provoquée par les vomissements violents et répétés dont ces coliques sont habituellement accompagnées.

Diabète. — On sait depuis les travaux de Matthews Duncan (2) et de Lecorché (3) que le diabète peut occasionner l'avortement. D'après la statistique de Duncan, sur 19 grossesses observées chez 15 femmes, 7 fois le fœtus mourut pendant la grossesse et il fut expulsé vers le septième ou le huitième mois.

M. le professeur Tarnier (4) a observé également une femme qui rendait 50 grammes de sucre par litre d'urine, qui accoucha au sixième mois de la grossesse et mourut 48 heures après.

On comprend, vu la durée souvent très longue du diabète,

(1) Thèse, Paris, 1887.

(2) On puerperal Diabetis. *Obstetr. Transact.* London, vol. XXIV, p. 256.

(3) *Ann. de gynéc.*, oct. 1885, p. 257.

(4) *Traité de l'art. des accouchements* par TARNIER et BUDIN, t. II, p. 149.

que plusieurs avortements puissent se produire chez la même femme, ainsi que cela a été noté dans une observation de Secgel (1).

7. TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — *Constipation.* — La constipation, si fréquente pendant la gestation, peut, lorsqu'elle est opiniâtre, provoquer l'avortement. Levret, Mauriceau, Gautron (2), Capuron, Guillemot, Cazeaux, Bourgeois, Tarnier, Charpentier, Hubert de Louvain, etc., admettent ce fait. Pour Guillemot (3), la constipation est même la cause qui provoque communément la fausse couche. En dehors des efforts auxquels la femme est obligée de se livrer pour expulser les matières endurcies, l'accumulation de ces matières est pour les organes du petit bassin une cause de stase sanguine, de congestion, dont les hémorrhoïdes constituent un symptôme et qui, au niveau de l'utérus, favorise les contractions de cet organe.

En outre, le Dr L'Ecluyse fait remarquer que l'intestin distendu comprime l'utérus ; et cette compression peut irriter la matrice ou occasionner la rupture des membranes (4).

Diarrhée. — « Si une femme enceinte est prise d'un flux de ventre abondant, disait Hippocrate (5), il est à craindre qu'elle n'avorte. » C'est principalement lorsque la diarrhée se prolonge longtemps que la femme est exposée à une fausse couche. Le Dr Goubert (6) signale une observation du Dr Word dans laquelle des avortements répétés ont été occasionnés par cette affection.

Vers intestinaux. — Les vers intestinaux ont été signalés,

(1) *Annales de gynécol.*, oct. 1885, p. 268.

(2) *Dissertation sur les fausses couches.* Th. Paris, 1802, p. 29.

(3) Des avortements périodiques et des pertes utérines cachées, in *Arch. de méd.*, 1836, 2e série, t. XI, p. 295.

(4) Des avortements à répétition occasionnés par la constipation ont été rapportés par GUILLEMOT. *Arch. de médecine*, 1836, 2e série, t. XI, p. 300 et 307. SMELLIE. *Loc. cit.*, t. II, p. 149.

(5) *Œuvres complètes*, trad. LITTRÉ. Paris, 1884, t. IV, p. 545, aph. 34, sect. V.

(6) *Loc. cit.*, p. 76.

notamment par Playfair parmi les causes de l'avortement. Il est probable que la fausse couche dans ces cas est due à un phénomène réflexe dont le point de départ est l'irritation continuelle de l'intestin par les parasites.

Deux cas rapportés par le Dr Vodiagin montrent que les vers intestinaux peuvent provoquer des avortements multiples chez la même femme.

Obs. — Le Dr Vodiagin (1) a communiqué à la Société médicale de Moscou deux observations de jeunes femmes bien portantes, dont l'une avait avorté cinq fois de suite pendant six ans, et l'autre deux fois en deux ans. La première de ces deux femmes finit par expulser un botriocéphale et l'autre un tænia armé. Peu de temps après l'expulsion des parasites, les deux femmes redevinrent enceintes, et elles accouchèrent à terme.

8. Maladies de l'appareil circulatoire. — *Maladies du cœur.* — Les grossesses chez les femmes atteintes de maladie du cœur se terminent fréquemment par des avortements. C'est là un fait sur lequel MM. Duroziez, Budin, Peter, etc., ont appelé l'attention, et qui, aujourd'hui, ne peut plus être contesté. M. Porak (2) qui a réuni un grand nombre d'observations, à trouvé les résultats suivants sur 214 accouchements ayant eu lieu depuis que des accidents cardiaques ou une cause importante de lésion du cœur ont été notés.

126 accouchements à terme, 58,87 0/0.

88 terminaisons de la grossesse avant terme, 41,12 0/0.

Les accouchements avant terme se décomposent ainsi : 28 fois, expulsion du fœtus avant terme (époque non indiquée), 7 avortements à 2 mois, 2 à 3 mois, 7 à 4 mois, 6 à 5 mois, 8 accouchements prématurés à 6 mois, 19 à 7 mois, 8 à 8 mois, 3 à 9 mois.

Le nombre assez considérable des observations d'avorte-

(1) *Journal de méd. de Paris*, 1885, T. IX, p. 143.

(2) Thèse d'agrég. Paris, 1880.

ments à répétition dues à des affections cardiaques qui ont été publiées indique que les maladies du cœur sont une cause fréquente des fausses couches répétées. Aussi, en présence d'avortements successifs faut-il, suivant le conseil donné par M. Porak, ne jamais oublier d'ausculter le cœur, si l'on veut trouver la cause des expulsions prématurées.

Tantôt ces avortements sont précédés de troubles notables de la circulation, tels que congestion pulmonaire, phénomènes d'asystolie. Tantôt, au contraire, la femme n'est guère incommodée par la lésion cardiaque, et malgré cela, elle ne peut pas mener les grossesses à terme. Le mécanisme par lequel se produit l'avortement diffère un peu dans chacun de ces deux cas. Lorsque des troubles notables de la circulation ont précédé l'avortement, ils ont pour conséquence une surcharge du sang en acide carbonique. Dans ces conditions, le fœtus meurt facilement asphyxié et constitue dès lors un corps étranger que la matrice ne tarde pas à expulser.

L'excès d'acide carbonique peut même déterminer des contractions prématurées de l'utérus, sans que le fœtus ait péri. Enfin « l'avortement peut être la conséquence de congestions et d'épanchements sanguins qui se font dans le tissu placentaire, le décollent et se produisent dans l'utérus comme on les voit se produire dans les autres organes » (Charpentier).

Si on explique assez facilement l'avortement dans les cas d'asystolie, on est bien moins fixé sur son mécanisme lorsque les accidents cardiaques sont nuls ou à peine marqués. M. Porak admet que dans ces conditions, la nutrition de la mère se faisant d'une manière anormale, gêne le développement du fœtus et est la cause de la fausse couche.

Les avortements semblent varier de fréquence, suivant la nature de la lésion cardiaque. Un tableau donné par M. Porak (1) montre que les lésions mitrales, surtout l'insuf-

(1) *Loc. cit.*, p. 109.

fisance mitrale, exposent plus que les autres affections cardiaques à l'expulsion prématurée du fœtus (1).

Varices des membres inférieurs. — Les varices par elles-mêmes ne sont pas une cause d'avortement. Mais on a prétendu que la compression employée comme traitement palliatif peut déterminer des hémorrhagies utérines et l'expulsion du fœtus. Jacquemier, qui cite une observation curieuse d'avortement à répétition, empruntée à Mme Boivin (2), pense que la compression des varices amène une augmentation de la quantité du sang dans les veines de l'utérus, d'où hémorrhagie utérine. Olshausen (3) croit également que l'enveloppement serré des jambes avec des bandes de caoutchouc peut amener l'avortement. Mais ainsi que le font remarquer MM. Tarnier et Budin (4), ces accidents doivent être exceptionnels, car ils sont rarement signalés ; et ils ne doivent pas faire rejeter d'une manière générale l'usage de la compression dans le traitement des varices chez la femme enceinte.

Hémorrhoïdes. — Il est exceptionnel que les hémorrhoïdes déterminent l'avortement. Larroque (5) admet qu'elles peuvent causer l'avortement par l'irritation qu'elles provoquent du côté de l'utérus ou à la suite d'hémorrhagies abondantes. Pour Gendrin, les hémorrhoïdes pendant la grossesse sont liées à un état d'hyperhémie utéro-pelvienne ; leur inflammation entretient une congestion étendue jusqu'aux organes génitaux internes et devient ainsi une cause d'hémorrhagie

(1) Des observations d'avortements à répétition dus à des lésions cardiaques ont été publiées par DUROZIEZ (*Arch. de tocol.*, 1875, p. 579. BERTHIOT Th. Paris, 1876, p. 57). Dans la thèse d'agrégation de M. PORAK, Paris, 1880, se trouvent réunis les cas suivants : insuffisance mitrale, obs. de Chiara, p. 96, Duroziez, obs. 9, Budin, obs. 10 ; insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral, Peter, p. 94, Berthiot, obs. 44, Barth, obs. 53 ; lésion aortique, Seuvre, obs. 63.

(2) *Arch. de méd.*, 1839, 3e série, t. V, p. 326.

(3) *Jahresbericht*, 1884, t. II, p. 639.

(4) *Loc. cit.*, p. 109.

(5) FROMENTIN-DUPEUX. Th. Paris, 1841.

utéro-placentaire. Cet auteur (1) rapporte à l'appui de cette opinion une observation dans laquelle, après deux avortements, de petites saignées et des lavements froids ont suffi pour prévenir le retour de l'hémorrhagie utéro-placentaire et l'interruption de la grossesse.

Chloroanémie. — La chloroanémie exerce une influence fâcheuse sur toutes les fonctions, sur tous les organes par suite de la nutrition défectueuse qui en résulte. Sous son influence surviennent des troubles du système nerveux qui devient très impressionnable aux excitations même légères.

Il n'est donc pas étonnant que dans ces conditions la contraction utérine soit réveillée par des causes futiles, habituellement sans action sur elle. Souvent le phénomène primitif de la fausse couche est constitué par la mort du fœtus. Gusserow (2) a observé cinq femmes qui vers huit mois ont expulsé des fœtus morts à la suite d'anémie intense (3).

Hémophilie. — Des avortements à répétition ont été observés chez des femmes atteintes d'hémophilie. Kehrer (4) en a relaté des exemples, mais il ne croit pas qu'on puisse conclure de ces observations encore peu nombreuses à une disposition particulière de ces femmes à l'avortement. Cependant cette disposition est très probable : pendant la grossesse se produit dans l'utérus une circulation très active, le sang arrive dans cet organe en plus grande quantité, des vaisseaux nouveaux, fragiles, sont formés dans la caduque; la femme hémophile est donc, au moins théoriquement, pendant la grossesse, prédisposée à une hémorrhagie utérine, cause si fréquente de l'avortement.

Obs. — Kehrer (5) Femme M..., 23 ans, dont le père a eu dans

---

(1) *Médecine pratique*, 1839, t. II, p. 241.

(2) *Arch. f. Gynäk.*, II, p. 218.

(3) M. le Dr Leblond. *Annales de gynéc.*, t. IV, p. 98; Muller, *Wurzb. med. Zeitschrift*, VI, p. 160, ont rapporte des observations d'avortement à répétition ayant eu lieu sous l'influence de l'anémie.

(4) *Arch. f. Gynäk.*, t. X, 1876, p. 201.

(5) *Loc. cit.*

son adolescence et à 48 ans des épistaxis abondantes. Mère saine. Les menstrues étaient depuis l'âge de 16 ans régulières et très fortes.

Depuis trois ans qu'elle est mariée, elle a eu trois avortements avec hémorrhagies intenses, le premier à 6 mois, le 2e à 4 mois, le dernier à 3 mois de grossesse (mars 1871). Pendant la 4e grossesse, épistaxis abondantes ; au 4e mois hématurie, puis épistaxis pendant trois jours et trois nuits, qui auraient amené l'écoulement de plus de 3 chopes de sang, ces épistaxis se répétèrent encore souvent ; l'hématurie se renouvela quelquefois modérément. Au 5e mois avortement d'un fœtus macéré. Un mois après, mort sous l'influence de l'anémie (1).

9. Appareil respiratoire. — *Tuberculose pulmonaire.* — Les statistiques de Grisolle, Bourgeois, Caresme, Ortéga démontrent que la tuberculose pulmonaire peut provoquer l'interruption prématurée de la grossesse. Cependant il semble, d'après le nombre des observations qui ont été publiées, que cette maladie est une cause rare d'avortement à répétition. La marche souvent assez rapide que prend cette maladie sous l'influence d'une première grossesse peut en effet être un empêchement à des conceptions répetées.

Comment cette affection provoque-t-elle les avortements ? Souvent le fœtus, ne recevant pas de sa mère des matériaux suffisants pour sa nutrition, meurt de bonne heure dans le sein maternel, et sa mort explique la fausse couche. Mais le travail peut s'effectuer alors que le fœtus est encore vivant, et dans ces conditions il est difficile d'expliquer d'une façon précise le mécanisme de l'expulsion répétée du produit de la conception. Il est probable que les troubles circulatoires et la fièvre accompagnant les poussées aiguës de tuberculose, la toux jouent un certain rôle. Ajoutons enfin que les tubercules peuvent ne pas rester limités aux poumons, mais inté-

(1) Voyez en outre une observation de Heyfelder. *Med. Vereinszeitung* 1833, p. 215, et deux observations de Grandidier. Hémophilie, p. 22 et 32, et in Kehrer, *loc. cit.*

resser la muqueuse utérine et, ainsi que Barnes (1) l'a observé, en produisant une altération du placenta être une cause d'avortement (2).

Causes locales. — *Coït*. — Le coït trop fréquemment répété peut être une cause d'avortement. Les quatre vers suivants de Tillet expriment ce fait :

Pour conserver le fruit de vos chastes plaisirs,
Réprimez désormais vos amoureux désirs ;
Au feu qui vit en vous un autre feu peut nuire,
Et ce qu'Amour a fait, Amour peut le détruire.

C'est à cause de cette influence des rapports sexuels, dit Gautron (3), que Moïse défendit expressément aux Israélites d'habiter avec leurs femmes après l'imprégnation.

Vinette rapporte également que les femmes du Brésil se séparent de leurs maris lorsqu'elles sont enceintes.

Mauriceau, De Lamotte, Levret, Antoine Petit, Gardien, Joulin, Cazeaux, Depaul, Tarnier, Hubert de Louvain, etc., signalent cette cause d'avortement. Zimmermann (4), Franck, d'Outrepont (5) rapportent au coït des cas d'avortements avec récidive.

Parent-Duchâtelet et Serres ont remarqué chez les prostituées l'efficacité de cette cause. Velpeau (6) au contraire pense que le coït détermine rarement l'avortement sans l'existence d'une cause prédisposante antérieure. Mais c'est Miquel de Tours (7) qui a attribué à l'influence de l'acte conjugal la plus grande importance. « Si j'en crois mon observation personnelle, dit-il, le coït serait au moins neuf

(1) *Loc. cit.*, p. 295.

(2) Observations d'avortements répétés : MAURICEAU, obs. CDLV, BOURGEOIS. *Mém. de l'Académie de médecine*, t. XXV, 1861, p. 360.

(3) Th. Paris, 1802, p. 32.

(4) *Traité de l'exper.* Trad. Lefebvre, Paris, 1817, t. II, p. 208.

(5) DEUBEL. *Loc. cit.*, p. 12.

(6) *Traité complet de l'art des accouch.*, t. I, p. 395, 1835.

(7) *Tribut à la chir. prat. du vétéran de l'École de Bretonneau.* Tours, 1870.

fois sur dix la cause de la fausse couche. » Cette proportion est certainement exagérée ; mais l'influence du coït trop souvent répété sur la provocation de l'avortement est certaine. Dans cet acte, d'une part l'utérus subit des chocs directs, constituant de veritables traumatismes, capables de mettre en jeu la contractilité utérine ; d'autre part, il se produit une congestion et une excitation des organes génitaux qui peuvent déterminer la fausse couche. On comprend que ces troubles de l'utérus auront une action bien plus intense s'il existe au niveau de cet organe quelque lésion capable de l'irriter. C'est ce qui explique pourquoi les époques qui correspondent au retour périodique de la menstruation paraissent favorables à l'effet nuisible du coït.

Obs. — Hœbeke (1) raconte qu'une dame eut quatre avortements successifs à des époques différentes de la grossesse. Son mari, peu de temps après son mariage, eut de fréquents accès d'aliénation mentale et abusait des rapports génésiques. Au commencement de la 5e grossesse, il mourut. La gestation se termina régulièrement et un enfant vint à terme. Remariée au bout de deux ans à un homme plus continent, cette dame devint de nouveau enceinte et donna cette fois jour à une fille bien portante.

Obs. — Une cliente de Hubert, de Louvain (2), a eu quatre fausses couches et trois accouchements à terme.

Son mari a confessé à Hubert qu'il ne devait ses enfants qu'à une continence complète pendant la grossesse et que les avortements avaient chaque fois été déterminés par les rapports conjugaux et dans des conditions qui ne laissent aucun doute sur la relation de la cause à l'effet (3).

Molimen menstruel. — Si les règles font en général défaut pendant la grossesse, une congestion plus ou moins intense de l'utérus peut cependant se produire pendant la gestation

---

(1) *Cours d'accouchement*, 1878, t, II, p. 419.

(2) *Traité de l'avortement*. Paris, 1842.

(3) Paganel. *Loc. cit.*, p. 18, et Miquel. *Loc. cit.*, rapportent des observations semblables.

à chaque époque menstruelle. Nous en trouvons la preuve dans les écoulements sanguins légers survenant parfois périodiquement pendant la grossesse et, en l'absence de ces écoulements, dans les phénomènes généraux (malaises, pesanteurs dans les cuisses, l'hygogastre, dans les lombes, etc.), que certaines femmes éprouvent d'une façon périodique après la conception (1). Cette congestion cataméniale se produirait dans toutes les grossesses d'après Playfair (2). Jacquemier (3) croit qu'elle existe le plus souvent pendant les premiers temps de la gestation. Elle n'a d'habitude sur la marche de la grossesse aucune influence fâcheuse ; même dans les cas où elle a été très accentuée, où elle s'est traduite par un écoulement sanguin, elle a rarement provoqué la fausse couche. Cependant on a observé que les avortements à répétition se produisent fréquemment aux époques correspondant à la menstruation. Boerhave (4) dit avoir remarqué que sur dix avortements survenus spontanément dans les premiers mois, il en est neuf qui se sont produits à l'époque cataméniale.

Mme Lachapelle, Dugès, Gardien, Cazeaux, Jacquemier, Hubert de Louvain, Playfair, etc., ont remarqué également les relations qui existent entre les avortements et les époques menstruelles. D'après ces nombreuses observations, il est impossible de ne voir dans ces faits, ainsi que le veut Joulin (5), qu'une simple coïncidence et on est obligé d'admettre que la congestion cataméniale a une influence sur l'interruption de la grossesse. Cette influence est, du reste, démontrée par les nombreux cas dans lesquels des saignées pratiquées aux époques menstruelles ont pu empêcher le retour d'avortements pendant ces époques.

---

(1) DUGÈS. Mém. sur les causes de l'avortement. *Revue médicale*, 1824, t. III.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Dict. sc. méd.* Avortement.

(4) GARDIEN. *Traité complet d'accouch.*, 1824, t. II, p. 128.

(5) *Loc. cit.*, p. 748.

Mais l'action du molimen menstruel n'a, en général, dans l'expulsion du fœtus qu'un rôle secondaire. C'est une cause prédisposante qui, par elle-même, lorsque les différentes fonctions de l'économie sont bien équilibrées, n'a aucune influence fâcheuse, mais qui peut occasionner des avortements « lorsqu'elle est associée à certaines prédispositions physiologiques ou pathologiques ou à certains troubles fonctionnels qui tiennent à la menstruation elle-même, comme la disposition aux ménorrhagies, aux diverses espèces de dysménorrhée, aux fluxions soudaines, aux congestions habituelles de l'utérus, aux ménorrhagies, etc. » (Jacquemier).

Obs. — Chailly-Honoré (1) fut consulté par une femme qui avait fait successivement deux fausses couches.

Habituellement réglée avec abondance, cette dame continuait à voir un peu à chaque époque, quoiqu'elle fût enceinte, et c'était cette circonstance qui, complètement méconnue, avait déterminé les deux fausses couches précédentes. De petites saignées révulsives et le repos pendant les premiers mois d'une troisième grossesse, jusqu'à ce que l'époque fatale fût bien passée, lui permirent de mener à bien cette nouvelle grossesse (2).

Rigidité utérine. — D'après une opinion déjà ancienne, la rigidité de l'utérus peut être une cause d'interruption de la grossesse. On comprend que cette rigidité ne permette pendant la gestation qu'un développement insuffisant de la matrice et que le fœtus soit expulsé prématurément hors des parties génitales.

Mais si au point de vue théorique cette cause d'avortement est acceptable, pratiquement elle est bien difficile à vérifier. Sans doute, quelques observations montrent que quelquefois les avortements successifs ont lieu à des époques de plus en plus rapprochées du terme normal de la grossesse, et qu'après

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1882, t. XXII, p. 227.

(2) Des observations semblables sont rapportées par Campbell. Goubert, Th. Paris, 1878, p. 11, et Mme Resseguier. *Gaz. obst.*, t. 1, p. 245.

un certain nombre d'expulsions prématurées, les grossesses arrivent souvent à suivre un cours régulier. Si on peut expliquer cette marche des grossesses successives par un état de rigidité des fibres utérines qui s'affaiblit à chaque grossesse au point de disparaître complètement, il est impossible de donner de cette interprétation des faits une démonstration positive, et le champ reste ici ouvert à de nombreuses hypothèses. Aussi n'est-il pas étonnant que certains auteurs parmi lesquels nous citerons Joulin (1), Grünewaldt (2) refusent d'admettre cette cause d'avortement. Malgré le doute que l'on peut avoir sur l'existence de cette origine des fausses couches, nous relatons l'observation suivante rapportée par Delamotte.

Obs. — (3) Une jeune femme est devenue deux fois enceinte. Elle avorta d'abord au cinquième mois, puis au sixième. Elle accouche ensuite à terme trois fois de suite. De nouveau enceinte, elle avorte au sixième mois, mais cette fois après une grossesse gémellaire ; enfin, une dernière fois, la gestation parcourt normalement ses pèriodes. Toujours l'enfant expulsé était vivant. Une seule fois l'auteur a oublié de mentionner son état. On constate, dit Garimond, dans cette observation, la résistance du tissu, qui peu à peu s'accommode au développement physiologique, et tout d'un coup reparaît lorsque celui-ci prend des proportions exagérées dans la grossesse gémellaire.

Si dans les avortements, l'action de la rigidité dont nous venons de parler, et qu'on pourrait appeler *rigidité physiologique*, peut être mise en doute, il n'en est pas de même d'une autre variété que l'on peut désigner sous le nom de *rigidité pathologique*. Celle-ci se produit, dans les néoplasmes utérins, dans la métrite chronique parenchymateuse, et elle joue alors un grand rôle dans l'avortement,

(1) *Loc. cit.*, p. 748.
(2) *Arch. f. Gynäk.*, 1875, t. VIII, 3, p. 414.
(3) Garimond. *Loc. cit.*, p. 75.

ainsi que nous le verrons plus loin. Elle peut se rencontrer également à la suite d'une opération césarienne, alors que la réunion de la plaie césarienne a donné naissance à un tissu cicatriciel, peu extensible.

L'observation suivante montre que des accouchements prématurés à répétition peuvent être la conséquence de cette variété de *rigidité pathologique.*

Obs. — Beaudelocque (1) rapporte qu'une femme après l'opération césarienne est accouchée quatre fois au septième mois, la cause de ces expulsions prématurées résidait seulement dans la cicatrice utérine qui ne permettait pas un développement suffisant de la matrice.

Atonie utérine. — Les réserves que nous avons faites pour la rigidité de l'utérus s'appliquent également, et pour des motifs semblables, à l'atonie du corps de l'utérus.

Irritabilité exagérée de l'utérus. — Chez certaines femmes sujettes aux avortements on a admis une irritabilité, une contractilité excessives de l'utérus, en l'absence de toute lésion apparente, sans autre trouble nerveux apparent. Si ces femmes, après un certain nombre de fausses couches, arrivent souvent à mener leurs grossesses à terme, c'est, a-t-on dit, parce que l'utérus s'habitue petit à petit aux fonctions de la génération et devient moins irritable. Capon (2), cite une observation à l'appui de cette hypothèse.

Malformations utérines. — *Utérus unicorne.* — Les femmes atteintes de cette malformation peuvent accoucher à terme. Ce fait est prouvé par plusieurs observations, entre autres par celle de Chaussier, dans laquelle une femme ayant un utérus unicorne, a eu une grossesse double normale, et mourut après son dixième accouchement. Mais il est facile de comprendre qu'avec cette malformation l'utérus puisse

---

(1) Leopold. Das habituelle absterben der Frucht. *Arch. f. Gynäk.*, t. VIII, 1875.

(2) *Des fausses couches.* Th. Paris, 1826, p. 22.

ne pas se prêter à un développement complet, ne soit pas susceptible de fournir assez de tissu pour contenir un fœtus à terme, et que l'expulsion prématurée du produit de la conception en soit quelquefois la conséquence. Ainsi que le dit Muller (1), ce qu'on observe le plus souvent si la grossesse ne va pas à terme, ce ne sont pas des avortements, mais des accouchements prématurés. Cet auteur cite un cas dans lequel, sans autre cause que cette malformation, trois fois les fœtus ont été expulsés cinq semaines avant terme.

Utérus double. — Dans ce cas, la gestation suit ordinairement son cours normal. Cependant, pour des raisons indiquées à propos de l'utérus unicorne, les avortements sont possibles. Bagard, cité par le professeur Lefort (2), a observé chez une femme présentant un utérus double, quatorze grossesses successives, toutes terminées par des avortements. Ruge (3), dans un cas d'utérus septus, après deux expulsions prématurées de fœtus qui ne purent vivre, fit faire par Schrœder la section de la cloison utérine. La femme redevint enceinte et accoucha à terme.

Involution incomplète de l'utérus. — L'involution utérine n'est complète, en général, que dix à douze semaines, au moins, après l'accouchement à terme. Elle est plus lente dans les accouchements prématurés et les avortements que dans les accouchements à terme, quoique dans les premiers cas, l'utérus revienne plus tôt à ses dimensions primitives. La muqueuse utérine, d'après Leopold, est régénérée au bout de six semaines.

Si une grossesse débute avant l'involution à peu près complète de la matrice, surtout avant que la tunique muqueuse de l'utérus ait repris sa structure normale, on devra fortement craindre un avortement. « Quelquefois, dit Lusk (4),

(1) *Handbuch der Geburtshülfe*, t. II.
(2) Thèse d'agrégation. Paris, 1863, p. 88.
(3) *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, t. X, p. 141.
(4) *Science et art des accouchements*, trad. par le Dr DOLÉRIS, p. 362.

un nouvel avortement suit de très près un avortement antérieur chez les femmes nouvellement mariées. Tandis que la première fausse couche peut avoir succédé à une cause purement accidentelle, la suivante peut être sous la dépendance d'un état défectueux de la muqueuse utérine, engendré par la succession trop rapide des deux grossesses, laquelle n'a pas permis à cette membrane de revenir à son état normal. On pourra, dans ces cas, conseiller avec succès l'abstention de tout rapprochement sexuel pendant une période de six semaines » (1).

Métrite chronique. — On décrit généralement deux variétés de métrites chroniques, l'une interne, dans laquelle la muqueuse est surtout lésée ; l'autre, parenchymateuse, dans laquelle les altérations existent principalement dans la tunique musculaire. Mais dans les deux cas, on trouve des lésions de la muqueuse et du parenchyme utérin.

La muqueuse est épaissie, congestionnée, villeuse. Au microscope, on constate que l'épithélium cylindrique a disparu, que les villosités sont constituées, tantôt par des glandes dilatées, tantôt par du tissu embryonnaire, avec de rares vaisseaux, tantôt presque uniquement par des vaisseaux ; d'autres fois enfin, ces trois sortes de lésions se rencontrent sur le même utérus.

La tunique musculaire est au début hypertrophiée, ramollie, rougeâtre ; plus tard elle s'atrophie, s'indure et prend une coloration blanche. Ces altérations sont dues à une prolifération embryonnaire qui se produit autour des vaisseaux, à une sclérose circum-vasculaire, ainsi que l'appelle M. de Sinéty.

On conçoit aisément que dans des conditions pareilles, avec un utérus ainsi transformé, un avortement puisse se produire et même, vu la longue durée habituelle de la maladie, que des avortements puissent se répéter chez la même femme, Les modifications du parenchyme utérin aussi bien que de

---

(1) Observation d'avortements répétés. SKEM. *Arch. de tocol.*, 1884, p. 658.

la muqueuse concourent à ce résultat. Ainsi que le font remarquer Leopold (1) et Bick (2), la rigidité du parenchyme qui est la conséquence plus ou moins éloignée de la prolifération embryonnaire circum-vasculaire, ne permet qu'un développement limité de l'utérus gravide et suffit, dans bien des cas, à expliquer l'interruption répétée de la grossesse. Mais les altérations de la muqueuse ont une action bien plus efficace pour produire l'avortement. Elles persistent pendant la grossesse et donnent lieu à l'endométrite *gravidarum* (Veit). La vascularisation de la muqueuse déjà hyperhémiée par la métrite augmente sous l'influence de la fécondation et est l'origine d'hémorrhagies qui se produisent dans la caduque ou dans le placenta et qui peuvent entraîner la mort du fœtus ou provoquer des contractions utérines. Plus rarement, suivant Muller (3), la contraction utérine est le phénomène initial de l'avortement, et n'est pas précédée d'hémorrhagie ni de la mort du fœtus. Ajoutons enfin que l'endométrite peut être une cause d'hydrorrhée, et que si le liquide hydrorrhéique est expulsé brusqnement et en grande quantité, la diminution subite du volume de l'utérus peut entraîner un décollement de l'œuf (Muller) ou des contractions utérines.

L'influence de la métrite sur la marche de la grossesse est le plus souvent en rapport avec l'intensité des lésions de l'utérus. Cependant, ainsi que Veit (4) a eu l'occasion de l'observer, cette affection peut se traduire à l'état de vacuité de l'utérus par des symptômes peu importants et entraîner cependant l'avortement. L'examen de l'œuf expulsé prématurément permet souvent dans ces cas de reconnaître l'existence d'une endométrite caractéristique.

Obs. — Maslovsky (5) de St-Pétersbourg a vu une femme sujette

---

(1) *Arch. f. Gynäk.*, 1875, t. VIII, p. 220.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Handbuch der Geburtshulfe*, t. II, 1re partie.
(4) *Berlin. klin. Wochensch*, 1887, p, 641.
(5) *Centr. Blatt. f. Gynäk*, t. IV, 1880, p. 15.

à l'avortement à répétition. Dans une année, elle eut trois avortements à la fin du 2e mois. La caduque utérine qui se détachait avait la forme de la cavité utérine. Deux des caduques ont été examinées par l'auteur. Elles étaient parsemées de petits kystes (kystes par rétention), tapissés par places dans leur paroi interne d'un épithélium, et qui avaient pour origine un état inflammatoire chronique de la muqueuse utérine, une endométrite chronique.

Obs. — Schurig (1) a observé une femme atteinte de métrite chronique qui a avorté vingt-quatre fois au 3e mois de la grossesse sans autre cause (2).

Fibromes utérins. — La grossesse compliquée de fibromes utérins suit très souvent une marche normale. On a même vu une tumeur fibreuse permettre à une grossesse triple d'aller jusqu'à terme (3). Mais assez fréquemmeut ces néoplasmes sont une cause d'avortement.

La fréquence de cet accident n'est pas encore bien déterminée et varie avec les différentes statistiques. Ainsi, tandis que West a trouvé 28 avortements pour 36 cas, soit 1 sur 1,2 et que Rœrhrig (4) a signalé 129 expulsions prématurées sur 147 grossesses, M. Lefour (5), n'indique que 39 fausses couches pour 227 cas, soit 1 sur 5,8.

L'influence des fibromes sur la marche de la grossesse varie avec leur siège ; les myômes sous-muqueux ont l'influence la plus considérable, tandis que les tumeurs sous-péritonéales nuisent le moins souvent à la marche de la gestation. D'après Forget et d'après les recherches de Chahbazian (6), les tumeurs du col donnent plus souvent lieu à un accouchement prématuré qu'à un avortement, tandis que le contraire existe pour les tumeurs du corps de l'utérus.

---

(1) Bick. *Loc. cit.*, p. 43.

(2) Voyez des observations semblables d'Abarbanell (*Monatsch. f. Geb.*, t. XIX, p. 106), d'Hegar (*Monatseh. f. Geb.*, 1863, fasc, suppl. p. 41).

(3) Clintock. *Clinical memours Dublin*, 1863, p. 116.

(4) *Zetsch f. Geb.*, t. V, 1888, p. 301.

(5) Th. d'agrég. Paris, 1880.

(6) Thèse. Paris. 1882, p. 45

Le mode d'action des fibromes sur la production de l'avortement semble multiple. Tantôt la tumeur joue le rôle d'une épine qui irrite l'utérus et détermine des contractions utérines. Cette explication est surtout applicable aux fibromes pédiculés du col, car l'on sait combien les corps étrangers introduits dans cette partie de la matrice, occasionnent facilement les contractions utérines. D'autres fois, les hémorrhagies, fréquentes pendant les grossesses compliquées de fibromes, paraissent être la cause première de l'avortement. Ailleurs, c'est une déviation utérine occasionnée par la tumeur, qui est l'origine des accidents. Notons enfin que la présence du fibrome diminue l'élasticité des parois utérines et peut empêcher celles-ci de se prêter à un développement régulier (1).

Cancer utérin (2). — Si l'avortement à répétition est relativement fréquent dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, il est au contraire très rare dans le cancer utérin. Ce fait provient en partie de la durée différente de ces deux affections : la première persiste pendant de longues années ; la seconde n'a qu'une durée limitée. Cependant l'avortement unique est fréquemment observé dans les cas de cancer de l'utérus. D'après M. Bar (3), il se produirait 13 fois 0/0 environ. Les hémorrhagies, la rigidité d'une partie des parois utérines, et souvent l'endométrite et l'épuisement de la femme expliquent l'expulsion prématurée du produit de la gestation.

---

(1) Observations d'avortement à répétition : LEVER (*Guy's Hospital report* 1842, p. 31), BOIVIN (*Journ. hebd. de méd.* 1829, t. IV, p. 206), LODER (Thèse DEUBEL, p. 31), CRISP (in OLDHAM *Guy's Hosp. rep.*, 2 s. vol. II, 1844). Dans la thèse d'agrégation de M. LEFOUR (Paris, 1880), se trouvent réunis les cas suivants ; Boivin et Dugès, p. 274, Otto Brau, p. 276, Campa, p. 280, Charpentier, p. 343, Dupuytren, p. 282, Danyau, p. 286, Guéniot, p. 294, Kidd, p. 298, Lumpe, p. 302, Lehmann, p. 304, Mitchell, p. 310, Osiander, p. 312.

(2) Des observations de Lever et de Gonner relatées par M. BAR (Thèse d'agrégation. Paris, 1886, p. 31), démontrent que des grossesses peuvent se répéter chez les femmes atteintes de cancer utérin.

(3) Thèse d'agrégation. Paris, 1886, p. 46.

Laxité du col. — On a admis que chez certaines femmes le col de la matrice présente, en l'absence de toute lésion organique, un état d'atonie, de faiblesse de ses fibres qui prédispose aux avortements. Burton (1), Désormeaux, Gautron, Cazeaux, Deubel, etc., ont signalé cette cause d'avortement.

Désormeaux fait observer que, dans cet état du col, les époques où survient l'avortement se rapprochent d'autant plus du début de la gestation que les grossesses ont été plus fréquentes. Au contraire, dans la rigidité de l'utérus, les avortements se produisent successivement à des époques de plus en plus rapprochées du terme normal de la grossesse (2).

Ulcérations du col de l'utérus. — Des opinions très diverses ont été émises sur l'influence des ulcérations du col sur la marche de la grossesse. Cazeaux rapporte que Gosselin, Huguier, Danyau, Cloquet les croient inoffensives, tandis que Boys de Loury, Costilhes, Coffin, Bennet et lui-même pensent qu'elles peuvent entraîner des avortements. Ce sont les ulcérations fongueuses, cratériformes, pénétrant dans l'intérieur du col qui semblent être les plus dangereuses pour la grossesse. Au contraire, les ulcérations simples, les érosions n'ont habituellement aucune action fâcheuse.

Déchirures du col de la matrice. — On constate assez souvent après l'accouchement sur un côté ou sur les deux côtés du col utérin une déchirure de longueur variable, pouvant s'étendre jusqu'au-dessus de l'insertion vaginale. Fréquemment les lèvres de cette plaie se réunissent et le col reprend sa forme normale; mais quelquefois elle se cicatrisent isolément et la déchirure est persistante.

La fréquence de cette infirmité semble assez considérable, d'après les auteurs américains. Emmet sur 500 femmes a trouvé 164 lacérations du col, soit 32,8 0/0. Le Dr Johnson, chef de clinique du Dr Murphy, sur 175 femmes examinées

---

(1) *Système nouveau de l'art des accouch.*, trad. Lemoine, 1771, t. I, p. 419 et 436.

(2) Observation d'avortements répétés : BURTON. *Loc. cit.*, p. 436.

trois semaines après un travail normal, a noté 91 cas de déchirure plus ou moins étendue, soit 52 0/0. Le Dr Pallen (1), sur 900 femmes atteintes d'affections génitales a trouvé 200 lacérations du col.

Lorsque ces déchirures persistent après l'accouchement, les lèvres du col ont une tendance naturelle à se séparer, et l'ectropion en est la conséquence. La muqueuse du canal cervical s'enflamme alors facilement, d'une part à la suite de ses frottements contre la paroi vaginale, d'autre part sous l'influence de l'étranglement, de la gêne de la circulation en retour, produite par le tissu cicatriciel qui se forme à l'angle supérieur de la déchirure. Cette endométrite ne reste pas toujours limitée au col, elle se propage souvent au corps utérin ; quelquefois on a même noté des phlegmasies péri-utérines et des déviations de l'utérus. Ajoutons que des névralgies du col sont assez fréquemment observées.

On comprend facilement, après l'énumération de ces troubles engendrés par la déchirure du col, que cette affection lorsqu'elle présente une grande étendue, puisse compromettre la marche de la grossesse. Sans doute, des femmes arrivent au terme normal de la gestation bien qu'elles soient atteintes de grandes déchirures du col ; mais l'avortement et même des avortements répétés ont été fréquemment observés.

Déjà Gautron, en 1802 (2), a attiré l'attention sur cette cause d'interruption de la grossesse. « La fausse couche, dit-il, est presque inévitable si le col de la matrice conserve une ouverture latérale provenant de déchirements qui ont eu lieu dans les couches précédentes, et dont les bords ne se sont pas réunis, parce qu'alors la dilatation de l'utérus n'ayant pas lieu d'une manière uniforme, le point où la division du col commence supporte lui seul tout l'effort de la dilatation. Or ce point éprouve un allongement trop prompt ; le tiraillement qui en résulte devient douloureux, et déter-

---

(1) Congrès méd. intern. de Londres, *Arch. de tocol.*, 1881.

(2) *Loc. cit.*, p. 37.

mine les contractions de la matrice, et la fausse couche en est la suite. »

Olshausen, en 1877 (1), admet que l'avortement est dû dans ces cas à la mise à nu prématurée du pôle inférieur de l'œuf, par suite de l'écartement des lèvres du col. Cette mise à nu peut occasionner des contractions utérines ou une lésion des membranes.

Mais, outre cette action directe de la déchirure, il est certain que les complications que nous avons énumérées jouent souvent un rôle considérable dans la provocation de l'avortement. Aussi Spiegelberg (2) pour qui les déchirures du col sont une cause d'avortements à répétition, et qui même chez une femme ayant avorté, a pu, grâce à la restauration du col, permettre à une nouvelle grossesse d'aller à terme, dit qu'il est difficile de faire la part qu'on doit attribuer à la déchirure ou à l'endométrite et la subinvolution qui existent en même temps qu'elle.

Howitz (3) et Muller (4) vont même plus loin et pensent que la déchirure du col n'a pas d'influence directe sur la marche de la grossesse; Howitz a observé des avortements chez 21 femmes atteintes de lacération du col. Or 16 de ces malades avaient une flexion utérine, 6 une paramétrite en même temps que la flexion, et 1 avait une paramétrite seule. Il n'y eut donc avortement que dans 4 cas non compliqués. C'est à la flexion, à la paramétrite qu'on pourrait par conséquent rapporter l'origine de l'avortement.

Gaillard Thomas fait jouer un grand rôle à l'irritation des nerfs de la muqueuse cervicale en ectropion.

Quel que soit. le mécanisme par lequel l'avortement se produit dans ces cas, il est certain que la lacération du col est le point de départ de la fausse couche, et elle mérite une

---

(1) *Centralblatt f. Gynäk.*, 1877, n° 13, p. 233.

(2) Ueber Cervicalrisse. *Bresl. ærztl. Z.*, 1879, n° 1.

(3) *Gynäkolog. obstetr. Meddelelser*, t. III, p. 70, 1878.

(4) *Loc. cit.*, t. II.

place importante dans l'étiologie de l'avortement à répétition.

Obs. — Olshausen (1). W... 29 ans, est accouchée au huitième mois de la grossesse d'un enfant en présentation transversale. Ensuite elle avorta à 3 mois, à 4 mois, encore une fois à 4 mois, à 7 et à 6 mois. Tous les fœtus étaient frais au moment de leur expulsion. Dans la grossesse suivante, la 7e, Olshausen constata une rétroversion très peu prononcée et une déchirure profonde du col, s'étendant au-dessus de l'insertion vaginale. Aucune autre anomalie. Pas d'incarcération de l'utérus dans le petit bassin, car la rétroversion était trop peu considérable; le fond de l'utérus avait dépassé le détroit supérieur. Avortement 12 semaines après la dernière menstruation. Dans la grossesse suivante, il n'y eut pas de rétroversion. L'avortement eut lieu 17 semaines après les dernières règles. L'ectropion du col était léger dans ce cas. Un examen minutieux de la femme et du mari ne donna pas lieu de soupçonner la syphilis (2).

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — LITHOPÉDION SIÉGEANT SUR LA FACE ANTÉRIEURE DE L'UTÉRUS ET SAILLANT SANS INTERMEDIAIRE DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE. — LAPAROTOMIE. — EXTRACTION DU FŒTUS ET DU KYSTE. — GUÉRISON

Par **Tuffier**, agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Co..., Mathilde, âgée de 34 ans, cuisinière, entrée le 6 février 1890, à l'hôpital Beaujon.

C'est une femme grande, forte, bien constituée, qui est entrée dans le service de M. Gombault, pour se faire soigner de douleurs

(1) *Centralbl. f. Gynäk.*, 1877, n° 13, p. 233.

(2) Voyez encore les observations de Schwarz (in Tarnier et Budin, *loc. cit.*, p. 477), de Möses (Thèse. Breslau, 1884, p. 20), Skem (*Arch. de tocologie*, 1884, p. 658), Doléris (*Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, 1887, p. 430) et trois cas de Graily-Hewitt (*Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.* 1886, p. 240).

abdominales. L'examen ayant fait reconnaître une tumeur occupant la région hypogastrique, une intervention chirurgicale est jugée nécessaire et la malade nous est adressée.

Les antécédents pathologiques de cette femme sont intéressants. Elle est réglée depuis l'âge de 17 ans, régulièrement, sans leucorrhée. Elle a eu à l'âge de 23 ans une grossesse suivie d'un accouchement facile et sans accident ultérieur; elle nourrit son enfant pendant un an si bien que ses règles ne réapparurent que 8 mois après sa délivrance et cela sans aucun incident. Tout rentre dans l'ordre; à la fin de 1887, les règles avancent d'abord de quelques jours, puis reviennent régulièrement jusqu'au 15 octobre 1889.

A cette époque, la menstruation fit défaut pendant un mois, sans que la malade eut aucune douleur, mais quinze jours après survint une perte de quelques gouttes de sang; en même temps l'abdomen devint le siège de douleurs sourdes, d'une sorte de pesanteur occupant le bas-ventre.

Ces phénomènes, douloureux et constants, s'accompagnent à intervalles variables, toutes les 2 à 3 semaines environ, d'accès très aigus survenant brusquement, durant une heure et provoquant des douleurs si vives que la malade eut en décembre dernier une syncope. Ces accidents persistant, un médecin fut mandé. Il trouva le ventre gros, sensible, ordonna une médication laxative, puis des opiacés. Dix jours après, la malade reprit ses occupations. Quelques jours plus tard, la menstruation reparut normale. Pendant toute cette période qui va du 30 *octobre* 1889 *au* 6 *janvier* 1890, *des pertes de quelques gouttes de sang se répètent environ tous les* 8 *jours*.

Le 26 janvier, nouvelle métrorrhagie avec quelques caillots. Les douleurs deviennent alors si vives, que la malade entre à l'hôpital aussitôt que le tout a suffisamment diminué pour permettre qu'on la transporte.

Nous trouvons alors une femme assez grasse, ni émaciée, ni même anémiée. Le ventre est un peu gros, mais rien à première vue n'y révèle une tumeur. Il est facile à explorer car toute sensibilité anormale a disparu. On trouve dans l'hypogastre une tuméfaction du volume d'un gros poing d'adulte, remontant sur la ligne médiane à environ 4 travers de doigt au-dessus du pubis, se perdant en bas derrière la symphyse. De chaque côté, elle empiète sur les fosses iliaques, surtout à droite. Elle est lisse, dure,

facile à circonscrire avec les deux mains, et si superficielle qu'on la croirait presque dans l'épaisseur de la paroi abdominale que l'on peut saisir et déplacer à sa surface.

Le toucher vaginal permet d'apprécier l'épaisseur de la tuméfaction, son siège à la face antérieure de l'utérus, sa fusion absolue avec cet organe qui est en rétroflexion; le col est normal, sans augmentation de volume.

On sent par l'exploration rectale la paroi postérieure de l'utérus saillante dans cette cavité, mais lisse et normale. Les régions voisines sont comprimées par cette tumeur, comme l'attestent les mictions fréquentes et la constipation qui dure généralement 5 à 6 jours. L'état général est bon, les autres organes ne présentent aucune lésion.

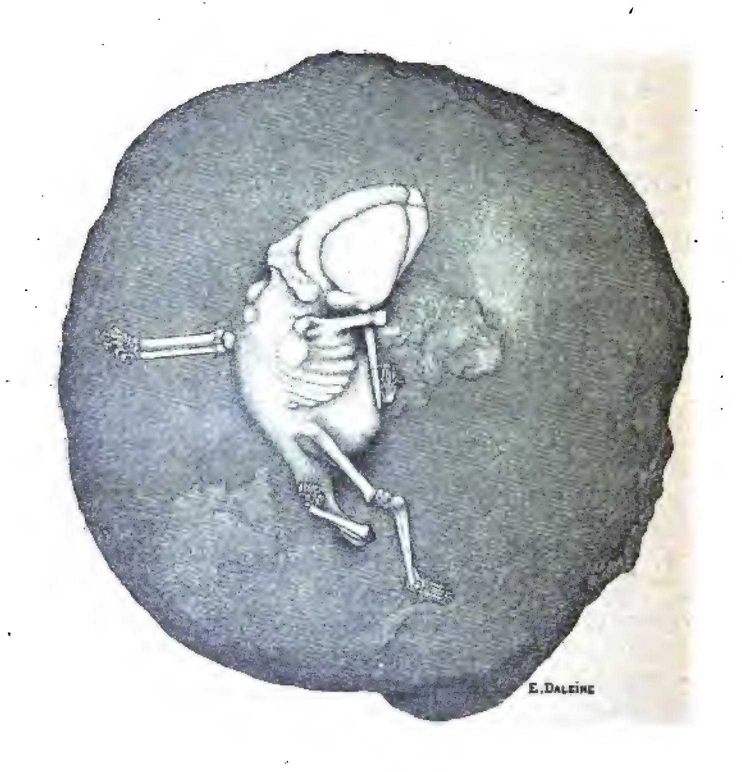
En présence de ces accidents, mon collègue Brun et moi pensons à un fibrome utérin, toutefois l'évolution de la maladie,.le siège de la tumeur nous laissant indécis, nous prenons la résolution d'endormir la malade pour faire un examen plus approfondi. L'anesthésie ne nous révéla rien que nous ne sachions. Dans ces circonstances, j'aurais employé le traitement électrique, si j'avais eu un diagnostic certain, mais en face d'une hésitation justifiée, d'une tumeur anté-utérine d'origine douteuse, je n'hésitai pas à proposer la laparotomie qui fut acceptée et exécutée au pavillon Dolbeau, le 13 mars 1890. La suite va démontrer que cette conduite était justifiée. L'opération fut faite avec l'aide de M. le Dr Poupinel et des internes du service de M. Th. Anger.

L'abdomen est ouvert à 1 travers de doigt au-dessous de l'ombilic dans l'étendue de 8 centimètres. Les doigts introduits dans l'abdomen sentent la tumeur lisse et à sa surface une masse dure, pierreuse, irrégulière, présentant une petite partie complètement mobile. C'est un bras de fœtus calcifié. Agrandissement de l'incision dans l'étendue de 4 centimètres. Je vois alors le dos libre et nu du fœtus calcifié collé par son ventre sur la face antérieure de la tumeur, trop grosse pour qu'il puisse l'embrasser. Je ne puis mieux le comparer qu'à un enfant cramponné sur une mappemonde trop volumiueuse, et cherchant à s'y retenir.

La tumeur qui accompagne le fœtus est adhérente à la face antérieure de l'utérus, à l'intestin, au ligament large. Je détache assez facilement toutes ces adhérences et je l'extrais telle qu'elle est représentée ici. Annexes sans lésions apparentes.

Toilette du péritoine. Suture du péritoine, puis de la paroi, au catgut. Suture de la peau au crin de Florence, pansement iodoformé et ouaté.

Les suites opératoires sont d'une bénignité remarquable. Pas de vomissements, pas de fièvre. Réunion complète au 7e jour. Au



2e pansement fait le 10e jour, la cicatrice est parfaite. Le 23 mars la malade rentre à la salle commune. Etat général parfait.

J'ai revu cette femme le 7 juin. Sa cicatrice est parfaite, elle est depuis deux mois réglée sans aucun phénomène anormal. Les douleurs ont complètement disparu.

La tumeur arrondie, mesure 14 centimètres de diamètre vertical et 10 centimètres de diamètre antéro-postérieur.

M. le professeur Pinard a bien voulu la faire examiner dans son service.

Note sur la pièce remise par M. Tuffier.

. . . .

(Je supposerai, dans ma description, que le kyste vu d'avant et de face, se présente comme dans le schéma n° 1.)

La tumeur qui nous a été remise est assez régulièrement sphérique, un peu aplatie d'avant en arrière. Elle mesure 8 centim. de diamètre vertical, 7 c. 7 de diamère transverse, 6 cent. 1/2 d'épaisseur.

Sur sa face antérieure, en bas et à droite, est couché et adhère solidement un squelette fœtal dont les différentes pièces sont aisément reconnaissables mesure 5 centim. du sommet de la tête à

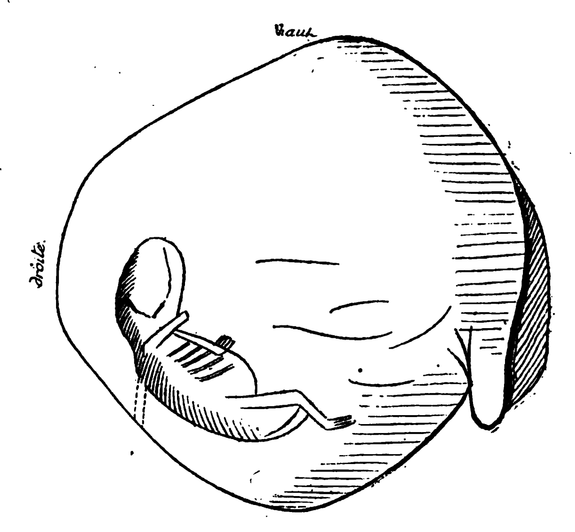


Figure réduite de 1/5.

l'extrémité du membre inférieur droit demi-fléchi. La tête aplatie, dont on distingue bien le pariétal droit, a 2 centim. du sommet au sillon du cou et 1 centim. 8 dans le sens perpendiculaire au précédent (occipito-facial). Ce squelette adhère à la tumeur par son flanc gauche qui y semble incrusté ; le membre thoracique gauche en abduction est enfoui dans la paroi : on le sent plus qu'on ne le voit. Par contre le côté droit de la tête et le flanc droit sont

entièrement à nu et les membres correspondants libres et mobiles dans toute leur étendue.

En essayant de détacher le fœtus on attire la paroi limitante de la tumeur qui s'éloigne, en formant soufflet, d'une partie dure sous-jacente. Le soulèvement en soufflet de la paroi s'étend sur une grande étendue de la face antéro-latérale gauche et, en palpant à ce niveau, on sent que la paroi limitante est partout séparée du contenu par un espace vide, une sorte de cavité.

Partout ailleurs la tumeur présente une consistance dure, sans trace de rénitence, et il est évident que paroi et contenu sont immédiatement appliqués l'un à l'autre sans glissement possible.

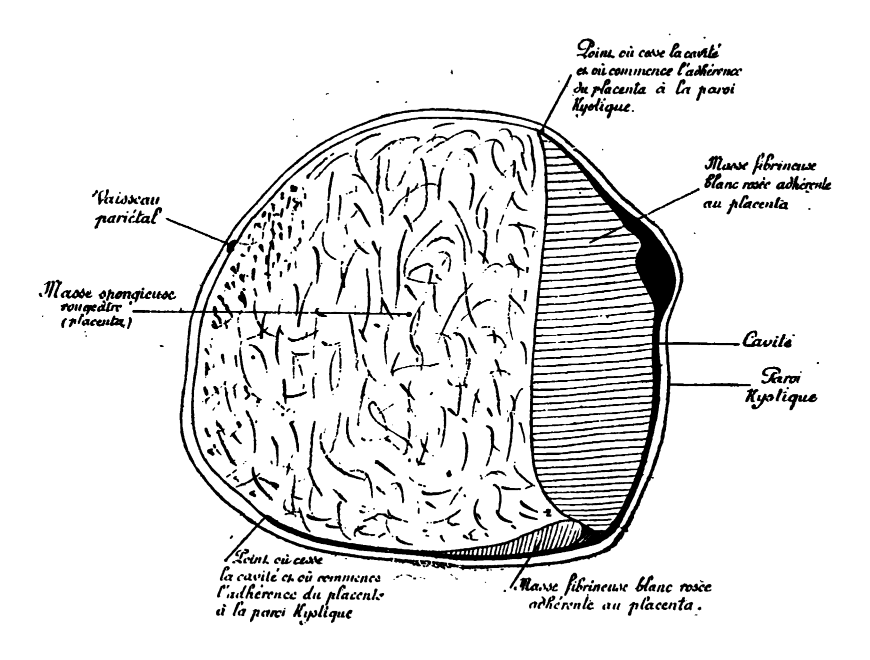


Figure réduite de 1/5.

Sur toute la périphérie de la tumeur on trouve les traces des adhérences qu'on a dû séparer pendant l'opération ; pas de pédicule.

Ces constatations faites, nous sectionnons, d'un seul coup avec

au couteau à cerveau bien affilé, la tumeur parallèlement à sa surface antérieure et nous obtenons ainsi une surface de coupe aussi nette que sur une pièce congelée. Les deux moitiés de la tumeur sont de dimensions à peu près égales.

Le schéma ci-contre est la reproduction exacte de la tranche postérieure (celle qui fait face en avant).

On y voit :

1° Que la tumeur est partout limitée par une coque dense à limites nettes, de coloration violâtre, dont l'épaisseur varie de 1 à 2 millim. On y aperçoit à droite la coupe d'un vaisseau.

2° Qu'à droite et dans la plus grande partie du haut cette paroi est adhérente, fusionnée avec une masse spongieuse, rougeâtre qui constitue la masse principale de la tumeur et qui paraît être un placenta. A gauche au contraire et sur la plus grande partie de la paroi inférieure la coque est libre d'adhérences, se laisse aisément écarter du contenu (c'est cette portion qui faisait soufflet) et déjà avant tout écartement est séparée du contenu kystique par une cavité, un espace vide à parois tapissées de feuillets minces, décollables, ressemblant à des membranes ovulaires.

La masse intra-kystique qui fait face à la portion de paroi libre d'adhérences est formée non par le tissu d'apparence placentaire ci-dessus décrit, mais par une couche (épaisse d'un travers de doigt) dense, blanc rosé qui par sa face profonde adhère lâchement à la masse placentaire.

Nous écartons alors l'un de l'autre, comme on fait pour peler une orange, le contenu du kyste et la coque, en éversant peu à peu la paroi libre.

Bientôt l'écartement est arrêté par la ligne d'adhérence à la masse spongieuse.

Mais en exerçant des tractions modérées on arrive à peler complètement cette masse et l'on obtient intacte toute la coque de la moitié postérieure de la tumeur. On a ainsi d'une part le contenu de la tumeur et de l'autre, une calotte pariétale partout continue.

On sépare sans peine de la masse spongieuse et rougeâtre la couche blanc rosé qui est feuilletée et d'aspect fibrineux.

La même préparation est faite sur la moitié antérieure de la tumeur. La paroi est aisément séparée du contenu sous forme d'un demi-sac partout continu. Dans l'épaisseur et à la surface externe

de cette coque est le fœtus qu'on ne peut ni voir ni sentir en examinant la surface interne; *le fœtus est donc tout entier extra-kystique*. Notons qu'à la face profonde de la portion qui le supporte on n'a pas eu d'adhérences à détacher; qu'on n'aperçoit pas de traces d'une solution de continuité; que cette face profonde est tapissée, comme le reste de la portion cavitaire, par une membrane plissée ayant l'aspect des membranes ovulaires macérées.

Si l'on se reporte aux renseignements cliniques et opératoires (annexes des deux côtés saines, tumeur non pédiculée, adhérente à l'intestin, occupant le cul-de-sac utéro-vésical, plutôt abdominale que pelvienne), il semble que l'on ait affaire à un kyste extra-utérin *abdominal*.

Tout ce que l'examen anatomique macroscopique a permis de constater peut être ainsi résumé :

Tumeur formée d'une coque partout continue, sans trace de pédicule, renfermant une masse volumineuse, spongieuse, ayant l'apparence d'un placenta, adhérente par une portion de sa périphérie à la paroi kystique, libre dans une autre portion recouverte d'une couche de fibrine stratifiée qui est sans doute la trace d'une hémorrhagie intra-kystique.

A la partie antéro-latérale gauche de la tumeur, entre cette couche fibrineuse et la paroi non adhérente, cavité libre tapissée de membranes qui est probablement l'ancienne loge fœtale. Fœtus réduit à l'état de squelette, sorti du kyste mais resté adhérent à sa face externe, sans qu'on puisse trouver la trace de l'orifice de sortie. Il est à noter que si la perforation s'est faite au point même où se trouve le squelette, elle s'est faite, selon toute apparence, en dehors de la zone placentaire. On pourrait peut-être trouver dans ce fait l'explication du peu de gravité des phénomènes de rupture.

H. Varnier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU DU 4e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE TENU A BONN, DU 21 AU 23 MAI 1891 (1).

DOHRN (Königsberg). — **De l'accouchement.**

C'est un fait bien connu que l'introduction de l'antisepsie dans la pratique de l'accouchement, n'a pas encore produit partout les résultats qu'on en pouvait espérer pour la santé des femmes accouchées. Il est pourtant établi que dans quelques grands pays d'Allemagne, la mortalité puerpérale a diminué dans le cours des dernières années. Mais, par contre, il y a d'autres pays où semblable diminution ne s'est pas montrée ; et là même où l'on constate cette diminution de mortalité, elle est encore loin d'atteindre le but espéré. Les résultats obtenus dans quelques établissements d'accouchement, nous montrent qu'on aurait pu aller plus loin encore.

En présence de ces faits, c'est un devoir pour nous de chercher les moyens d'obtenir de meilleurs résultats.

Dans ma communication, je me bornerai à traiter deux points :

1o La diminution de la mortalité puerpérale ;

2o La responsabilité actuelle des accoucheurs.

1o Pour ce qui est de la mortalité puerpérale, nous avons eu des statistiques instructives provenant de quelques pays allemands. Tous les pays ne nous offrent pas de statistiques auxquelles on puisse se fier ; car, trop souvent, on ne trouve que des statistiques isolées, infructueuses, et avec ces matériaux insuffisants, il est impossible de prendre une décision quand il s'agit surtout de questions toutes spéciales. Il est donc nécessaire d'avoir sous les yeux un tableau général qui puisse donner une idée des principaux faits de l'année.

C'est ce qui a été fait dans le plus grand des États allemands. Les cas de mort à la suite de couches ont été recueillis par Bohr et Ehlers.

---

(1) D'après le *Centralblatt f. Gyn.*, tous ces résumés ont été faits par les auteurs eux-mêmes.

Les tableaux qu'ils ont dressés sont très utiles. Sans doute il y a des erreurs dans les chiffres donnés pour chaque année.... mais ces erreurs ne sont pas sensiblement plus grandes pour une année que pour une autre.

J'ai réuni ces faits sous une forme graphique. En examinant les courbes que vous allez avoir sous les yeux, il vous suffira d'un rapide coup d'œil pour constater l'état de la mortalité suivant les années.

Je mets sous les yeux les dessins graphiques concernant la mortalité des femmes délivrées en Prusse de 1816 à 1880 ; la mortalité puerpérale à Berlin de 1878 à 1887, à Hambourg de 1873 à 1879, la mortalité dans les instituts d'accouchement allemands de 1877 à 1885. Ces résultats sont en général très satisfaisants, et nous pouvons en conclure avec assurance que dans plusieurs grands pays d'Allemagne la mortalité des femmes accouchées a diminué dans les dernières années.

Mais ces résultats satisfaisants ne se montrent pas dans tous les pays qui nous fournissent des statistiques complètes. Une courbe sur la mortalité des femmes en couches, dans le royaume de Saxe pendant les années 1883-1889, nous montre par exemple que dans ce royaume la diminution de la mortalité ne se produisit qu'en 1884, après une augmentation très sensible ; j'ajoute que, d'après les rapports des deux dernières années, la mortalité a repris une marche ascendante. La courbe de mortalité du grand duché de Bade pour les années 1873-1887, courbe qui fut dessinée d'après les indications d'Hegar, ne nous fait pas constater une diminution progressive de la mortalité.

On peut donc considérer comme bien établi que la bienfaisante antisepsie n'a pas encore pénétré partout en Allemagne assez profondément pour obtenir tous les résultats qu'on en peut attendre.

2° J'arrive maintenant à ma deuxième question :

« *Dans quelle mesure le médecin peut-il améliorer l'état actuel des choses ?*

Je ne veux ici qu'effleurer la question des sages-femmes ; il est évident qu'il y aurait là de nombreuses améliorations à réaliser. Les 95 0/0 des naissances se font par leur intermédiaire, et la mortalité des femmes accouchées dépend surtout de la manière dont les sages-femmes s'acquittent de leur office.

Mais, par contre, on ne peut pas ne pas apprécier l'influence

qu'exerce le médecin. Son influence est importante, non seulement parce qu'il exerce son action sur l'activité des sages-femmes, mais encore parce que sa façon d'intervenir réagit directement sur le chiffre de la mortalité. Sans doute, le nombre des cas où l'on requiert le praticien, est bien infime relativement à la somme totale des naissances, mais, malgré cela, une portion notable du chiffre de la mortalité dépend, comme l'observation nous l'apprend, de la façon dont le traitement est appliqué par le médecin.

Dans tous les pays civilisés pour lesquels nous avons de nombreux documents à ce sujet, il s'est produit ce fait pour les dix dernières années, à savoir que le nombre des délivrances opératoires augmente. La cause en est en partie dans la facilité plus grande des communications, et en partie aussi dans la confiance croissante que l'on a dans le succès des interventions opératoires. Depuis l'introduction de l'antisepsie surtout, les délivrances opératoires paraissent avoir suivi une rapide progression. Hegar nous a adressé à ce sujet, du grand duché de Bade, un tableau intéressant, et la courbe indique une augmentation significative. *Cette intervention opératoire est-elle réellement profitable aux accouchées ?* A cette question, je réponds absolument : *Non*.

Depuis plusieurs années, j'ai publié de nombreux documents statistiques sur les interventions opératoires faites par les accoucheurs de la Hesse électorale, et j'ai été amené à en conclure que l'augmentation du nombre des délivrances opératoires n'avait été profitable ni aux mères, ni aux enfants.

L'énorme augmentation des délivrances opératoires dans le grand duché de Bade, n'a pas diminué la mortalité des femmes accouchées dans ce pays ; bien plus, je puis vous montrer des documents provenant du royaume de Saxe qui prouvent que, parmi les femmes accouchées mortes de 1883 à 1889, le nombre de celles qui furent délivrées opératoirement, a notablement progressé, et que par conséquent une part *des cas de mort par suite de couches* (part qui s'augmente d'année en année) doit être attribuée dans ce pays aux délivrances artificielles.

Il est donc clair que la confiance avec laquelle beaucoup de praticiens accoucheurs procèdent aujourd'hui à des délivrances opératoires, n'est point justifiée par un succès réel.

Dans les cas les plus nombreux, l'accouchée a un très grand intérêt à tomber entre les mains d'une sage-femme intelligente qui

reçoive ses instructions du médecin. Choisir cette sage-femme intelligente sera le principal devoir du médecin à qui la femme enceinte confiera son sort dans le cas d'accouchement se faisant trop longtemps attendre.

On manque ici malheureusement bien des fois à cette simple prescription, surtout dans mainte grande ville. Quand le praticien ne veut pas, par orgueil, faire appel à une sage-femme, quand il entreprend de conduire la délivrance avec l'aide d'une garde-malade quelconque, les suites de l'intervention opératoire sont faciles à prévoir, et ses résultats peuvent être constatés dans les documents que je vous présente. J'ai traité plusieurs femmes qui ont payé de leur santé cette manière d'agir aussi fatale à la médecine qu'à l'accouchée.

J'ajoute encore ceci : dans ces derniers temps s'est établie, ce que je constate avec joie, une vive opposition contre la tendance nouvelle des accoucheurs qui, confiants dans l'antisepsie, veulent élargir encore le champ des interventions opératoires.

J'estime que c'est là une tendance dangereuse si elle se généralise et c'est avec joie que nous saluons les illustres chirurgiens allemands qui nous ont averti d'éviter la multiplicité des opérations.

Lorsque Boër publia son traité d'accouchement il passa en revue les cas de naissance pour lesquels on l'avait appelé, et termina par ces mots : « On fera cette remarque, que le nombre des délivrances opératoires diminue sensiblement d'année en année ; c'est que le temps m'a appris à mieux apprécier la puissance de la nature qui enfante ».

Vous savez quels bienfaits ses leçons ont produit dans la pratique des accouchements.

Nous ne sommes pas encore assez avancés pour pouvoir abandonner les voies où Boër nous a menés.

AHLFELD (Marburg). — **Causes de la différence qui existe, en fait de mortalité et de morbidité, entre la pratique des établissements d'accouchement et la pratique privée. Remède à cet état de choses.**

Ce sujet fait aborder des questions très importantes et encore controversées.

L'orateur expose d'abord que l'idée que nous nous faisons de la fièvre puerpérale, au lieu de devenir plus nette, est de jour en jour

plus vague. De plus, les divergences des auteurs sur la genèse de la maladie, ne se sont nullement éclaircies.

Une seule chose est bien établie : c'est que depuis que pour procéder à l'examen et à la délivrance des femmes, on admet les règles d'une propreté scrupuleuse, les conditions se sont améliorées d'une façon surprenante.

L'orateur dit encore que malgré la plus minutieuse propreté, il se produit toute une série de morts par fièvre puerpérale ; pour certains cas, il faut donc admettre l'infection par le sujet lui-même.

En ce qui concerne les recherches bactériologiques, nous ne sommes encore arrivés à aucun résultat. La statistique est encore le seul facteur décisif. Si, pour la pratique privée, nous avions une statistique d'une valeur égale à celle qui est établie pour les instituts d'accouchement, et que cette statistique fût rédigée d'après des principes aussi sévères, nous connaîtrions beaucoup mieux la pathogénie et le traitement de la fièvre puerpérale.

L'orateur présente une statistique de 2,000 naissances observées à l'institut d'accouchement de Marburg, depuis le mois d'avril 1884 jusqu'au mois d'avril 1891.

I. — *Cas de mort* (y compris ceux qui sont morts après avoir été transférés dans d'autres cliniques) : 14 = 0,7 0/0.

Affections non puerpérales : 4 = 0,2 0/0. (Struma. Trachéotomie. Pneumonie ; tuberculose ; grave faiblesse du cœur.)

Affections puerpérales *non septiques* : Éclampsies : 3 = 0,15 0/0.

a) Infectés, amenés très malades : 2 = 0,10 0/0.

b) Opération césarienne (sur 7 cas) : 2 = 0,10 0/0.

c) Infectés dans le service même : 3 = 0,15 0/0.

Remarques sur ces trois cas de mort qui incombent à l'institut d'accouchement :

Les trois femmes dont il s'agit se présentaient à l'institut d'accouchement pour y faire procéder à un avortement opératoire. Elles ne furent donc examinées, ni par les pratiquants ni par les élèves (femmes), ni vraisemblablement par une sage-femme, mais seulement par le directeur et par l'assistant désigné pour procéder à l'opération. Antisepsie comme pour une laparotomie. Les trois cas ont ceci de commun que le travail se prolongea de 6 à 14 jours, la tête étant serrée par un bassin très étroit Après cette longue durée du travail la fièvre se déclara, l'enfant mourut et la fièvre continua .

Dans deux de ces cas, l'accouchement avant terme fut provoqué artificiellement. Puisque dans l'espace de temps cité plus haut, c'est-à-dire d'avril 1884 à avril 1891, il a été procédé à 107 avortements, le tant pour cent de la mortalité des femmes délivrées de cette façon s'élève à 1,9 0/0.

II. — *Cas de maladie puerpérale graves ou moyennement graves* : 38 = 1,90 0/0.

29 primipares, 9 multipares.

Nature des maladies ;

Paramétrites, 16 cas (4 graves, 7 moyennement graves, 5 légers).

Endométrite, 16 cas (2 cas avec paramétrite légère, 1 cas avec thrombose des gros vaisseaux de la cuisse, 3 cas par gonorrhée).

Diphtérie vaginale et endométrite, 2 cas.

Inflammation de l'articulation iléo-sacrée, 1 cas.

Durée des maladies. — On a congédié :

Dans la	2e semaine...........	9 malades
—	3e —	11 —
—	4e —	7 —
—	5e —	4 —
—	6e à 9e	5 —
—	11e à 22e	2 —

Remarques. — Dans 15 des 38 cas, il n'y a pas eu d'examen par les praticiens. Dans 11 cas l'intervention opératoire fut nécessaire. Dans 4 cas il y a eu décollement du placenta complet ou partiel, et une partie des cas de paramétrite se liait à une profonde déchirure du col; 4 ou 5 fois les malades étaient atteintes de gonorrhée (l'une d'entre elles ne fut soumise à aucun examen et une autre ne fut examinée qu'une seule fois). Des rétentions des membranes de l'œuf et une marche atypique de la période placentaire ont fréquemment précédé la maladie. Pendant les suites de couches des multipares, il ne s'est produit aucune paramétrite.

Me basant sur cette statistique, sur des observations antérieures et sur des travaux expérimentaux, j'établis ce qui suit :

1° Notre matériel fournit la preuve que, grâce à la prophylaxie en usage dans notre maison d'accouchement, l'infection qui peut être produite par les doigts ou par les instruments, est fort rare. Quant à l'infection provenant du dehors pendant le travail, elle n'a pas l'importance qu'on lui attribue généralement, même dans les instituts d'accouchement.

2o Les parties extérieures du canal génital, bien qu'elles soient exposées à de nombreuses blessures pendant l'acte génital, sont rarement infectées, tandis que les parties du canal génital difficiles ou impossibles à atteindre par les procédés de désinfection, sont très facilement infectées lorsqu'elles sont blessées.

3o Quoique sans doute, dans la pratique exercée en dehors des instituts d'accouchement, la plupart des cas de mort et des maladies graves, doivent être attribuées à une désinfection insuffisamment appliquée, il n'est cependant pas exact de chercher la guérison exclusivement dans l'antisepsie appliquée à l'accouchement ; les bons résultats obtenus dans les instituts d'accouchement sont aussi en partie, les suites de la direction prudente et conforme à la nature, appliquée à la naissance et aux suites de couches.

L'orateur se rallie ensuite à cette opinion que l'*auto-infection* existe, et que par conséquent une partie des cas de mort est inévitable. Mais il ajoute que dans la pratique privée, la majeure partie des cas de mort et des maladies graves, est due à l'*infection directe*.

L'orateur expose qu'il existe une tendance à l'infection puerpérale non seulement dans l'état gravidique et puerpéral, mais que aussi dans la direction de la naissance, il y a des conditions qui favorisent la réceptivité des tissus et la facile multiplication des micro-organismes.

Les remèdes pour combattre la fièvre puerpérale doivent consister :

1o Dans des mesures générales d'hygiène ;

2o Dans des mesures spéciales d'hygiène (moyens prophylactiques);

3o Dans des précautions pour diminuer la réceptivité des femmes.

Il serait bon d'édicter un certain nombre de mesures pour que les accouchements de la pratique privée profitent des expériences faites dans les instituts d'accouchement, et pour qu'on y obtienne ainsi les mêmes résultats salutaires.

A. — *Mesures générales d'hygiène.*

1) Instruction du public par des écrits et par des conférences. — 2) Amélioration des soins généraux à donner au corps. — 3) Fondation de maisons d'accouchement pour les cercles industriels et pour les villes de province. — 4) Meilleure éducation pratique des médecins. — 5) Amélioration de l'état de sage-femme.

B. — *Mesures spéciales d'hygiène.*

1) Introduction d'une méthode de désinfection simple, non compliquée, applicable à la clientèle pauvre. — 2) Toucher vaginal rare. — 3) Emploi obligatoire du thermomètre dans les accouchements qui durent longtemps et pendant les suites de couches.

C. — *Mesures destinées à atténuer la réceptivité morbide infectionnelle.* (Disposition.)

Parmi les prescriptions les plus importantes, je cite ici :

1) Laisser agir la nature dans la période consécutive à l'accouchement, c'est-à-dire, expectation. — 2) Combattre l'atonie utérine par des moyens extérieurs, le massage, par exemple. — 3) Fermer toutes les plaies des parties génitales externes par la suture. — 4) Ne pas faire de trop fréquentes opérations. — 5) Quand l'enfant est certainement mort, laisser de côté le forceps et recourir à la perforation ou à l'embryotomie. — 6) Le forceps doit être considéré comme un instrument dangereux ; il faut lui préférer la chaise obstétricale de Ritgen, ou recourir à l'intervention manuelle. — 7) Eviter le tamponnement dans les cas de placenta prævia et faire la version combinée. — 8) Pendant les couches, soutenir les contractions de l'utérus. — 9) L'intervention au début de la fièvre puerpérale a des chances de succès.

HOFMEIER (Wurzburg). — **Diagnostic du cancer du corps de l'utérus.**

Après avoir défini ce qu'on entend par carcinome et avoir montré comment l'adénome malin se différencie du carcinome, l'auteur expose les caractères anatomiques du carcinome, d'après des recherches en partie nouvelles. Se basant sur quelques-unes de ses préparations, il conclut que le carcinome débute souvent par l'épithélium superficiel, et que, dans ces cas, il a plutôt le caractère d'un carcicome alvéolaire, quand bien même les végétations de l'épithélium prennent la forme de dépressions glandulaires. Dans le développement du carcinome des glandes proprement dit, il se fait d'abord une augmentation importante des glandes qui semble indiquer un stade adénomateux, mais ensuite les végétations épithéliales se développent et pénètrent lentement, elles détruisent l'utérus. Ce processus marche toujours lentement, aussi, la pratique qui consiste à ne poser le diagnostic qu'après le développement complet des végétations dans l'épaisseur de la couche musculaire est-elle impossible à admettre.

D'ailleurs, les changements subis par la muqueuse sont si caractéristiques, que l'examen de cette muqueuse est absolument suffisant pour établir le diagnostic.

Du reste, un état particulier de la couche musculaire précède toujours son envahissement par les végétations épithéliales.

Cliniquement le carcinome du corps se présente chez les nullipares ou chez les femmes qui n'ont eu que peu de grossesses et aussi au delà de l'âge critique.

Comme premier symptôme se produisent ordinairement des hémorrhagies, quelquefois des écoulements. Dans certaines conditions, il se produit des douleurs semblables à des coliques et ces douleurs sont alors très caractéristiques.

L'exploration manuelle ne donne rien de bien net. L'examen à l'hystéromètre ou avec le doigt après incision du col, donne au contraire de précieux renseignements en permettant de reconnaître la dureté et l'inégalité de la surface malade.

Mais la chose la plus importante pour établir le diagnostic du carcinome, c'est l'examen anatomique de portions de la partie malade qui fournira alors des préparations caractéristiques de carcinome alvéolaire ou glandulaire.

Les objections faites contre cette méthode sont de nouveau discutées et repoussées.

On n'admet pas cette exigence qu'il faille prouver l'envahissement de la couche musculaire par les végétations. En effet, trouver des éléments épithéliaux à côté des glandes et en tirer la preuve de la malignité de la maladie, est chose difficile et peu utile au diagnostic. Les transformations en adénome malin sont indifférentes pratiquement. Il faut pourtant les éviter avec les processus endométritiques. Dans ceux-ci, l'épithélium glandulaire dans son entier paraît uniformément altéré en conservant le caractère de cellules cylindriques, tandis que dans le carcinome les altérations ne sont pas uniformes, et le caractère des cellules est changé.

D'ailleurs quand les symptômes apparaissent tardivement, il est bien invraisemblable qu'on ait affaire à des cas de carcinome microscopiquement et diagnostiquement douteux.

Enfin, on définit rapidement l'adénome malin et on le différencie des cas d'inflammation qui, par l'introduction de végétations dans les glandes, se produisent avec formation de kyste dans la substance de l'utérus.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 3 avril 1891.

Présentations. PORAK et BERNHEIM. — 1) **Occlusion congénitale de l'intestin.** — Enfant né avant terme, à 8 mois de grossesse, pesant 1840 grammes, et pris, dès le jour de sa naissance, de vomissements noirâtres, survenant 3/4 d'heure environ après chaque tetée ; pas d'expulsion de méconium par l'intestin ; mort le 5e jour. *Autopsie :* dilatation notable de l'estomac ; l'intestin forme au contraire un petit paquet vermiforme, à l'exception de la dernière portion du gros intestin qui est distendue par le méconium. L'estomac communique par une partie rétrécie, vraisemblablement le pylore, avec une deuxième poche terminée en ampoule et sans communication avec l'intestin, ni par un canal perméable, ni par un cordon fibreux, trace d'une communication antérieure (1re partie du duodénum dilatée et terminée en cul-de-sac). Le reste de l'intestin se termine à sa partie supérieure par un cul-de-sac en rapport immédiat avec le pancréas. Les auteurs pensent que cette anomalie a pu être produite par l'action d'une bride fibreuse, mais on n'en a pas trouvé de traces.

Discussion : BUDIN a vu à la clinique un cas d'oblitération de l'intestin. L'intestin rempli de bile s'était rompu, d'où péritonite et mort de l'enfant. Budin se demande si ces oblitérations se produisent toujours au-dessus de l'ouverture des canaux biliaires et pancréatiques dans l'intestin. BERNHEIM répond négativement, attendu qu'il a recueilli un cas où, sans rupture, on trouva de la bile dans l'estomac.

2) **Endocardite fœtale du cœur gauche.** — Affection constatée, à l'autopsie, chez un nouveau-né, mort le 6e jour après sa naissance d'accidents cardio-pulmonaires.

PAJOT donne communication d'une copie de proposition de loi, qui lui a été adressée par un médecin, député, lequel désirerait avoir l'opinion de la Société : **Sur le travail des femmes accouchées dans les usines, fabriques.** Après discussion, la Société a voté, à l'unanimité, l'ordre du jour suivant : *La Société obstétricale déclare qu'il est dangereux pour une femme de reprendre son travail avant un délai, minimum, de quatre semaines après l'accouchement.*

Porak, au nom de Narich, lit un travail ayant pour titre : **Quelques considérations sur le nouvel écarteur du col de Tarnier** (1), **au point de vue surtout de l'accouchement provoqué.** — La condition indiquée par Tarnier pour l'application de l'instrument est : col déjà plus ou moins dilaté, soit par le travail normalement commencé et ensuite suspendu, soit par l'application d'un ballon dilatateur (accouchement prématuré). Or, l'auteur a provoqué, à l'aide de cet appareil, l'accouchement prématuré chez une femme dont le col avait toute sa longueur, et dont les orifices laissaient seulement passer l'index à frottement ; il n'avait pas appliqué au préalable un ballon dilatateur. Il s'agissait d'une femme atteinte de vomissements incoercibles, réduite de ce fait à un état des plus précaires, qui exigeait une intervention rapide. L'accouchement fut provoqué à environ huit mois de grossesse. L'auteur appliqua 2 fois l'instrument, la 1re fois pendant 25 minutes seulement, et n'utilisa que les deux branches latérales ; quelques heures après, la dilatation étant assez grande, et ayant des raisons pour hâter la terminaison de l'accouchement, il appliqua les 3 branches. Au bout environ d'une heure d'application, l'appareil subit tout à coup un mouvement de rotation, que l'auteur pense pouvoir attribuer à l'existence d'une déchirure ancienne du col.

L'appareil étant retiré, on fit une application de forceps. Enfant vivant. Après l'accouchement, cessation des vomissements, suites de couches normales.

Conclusions : L'écarteur du col n'est pas un instrument pouvant seulement maintenir et activer une dilatation déjà commencée par l'introduction anticipée du ballon ou de quelque autre appareil. Il peut aussi provoquer, d'emblée, l'accouchement par son application *immédiate dans tout col permettant, sans violence, le passage des ailerons.*

2° La situation de la taille pré-rectale, destinée à rendre le col très accessible, situation que Tarnier indique sans la considérer comme bien nécessaire, devient indispensable quand il s'agit,

---

(1) Instrument composé de 2 branches *latérales* actionnées par un ou plusieurs anneaux élastiques en caoutchouc, lesquels, en rapprochant les extrémités externes ou inférieures de l'appareil, écartent les extrémités internes ou supérieures, qui dilatent le col transversalement ; d'une 3e branche, dite *antérieure*, d'une application beaucoup plus rare.

comme dans notre cas, de faire franchir aux ailerons un corps long et très peu ouvert.

3° *L'action de l'écartement sur le col est jusqu'au bout efficacement dilatatrice et excitatrice.*

Discussion : GUÉNIOT estime que le nouvel écarteur constitue un très bon instrument. Il pense qu'il y a utilité à le laisser en place plusieurs heures; qu'il suffit d'appliquer deux branches et qu'il importe, pour éviter de trop grandes compressions sur le col, de n'employer qu'un ou deux anneaux de caoutchouc. PAJOT reconnaît qu'il se rencontre des faits exceptionnels dans lesquels les moyens ordinaires ne suffisent pas pour la provocation de l'accouchement prématuré (1), et qu'en conséquence, mais d'une façon exceptionnelle, on est autorisé à se servir d'instruments comme celui dont il vient d'être question. PORAK qui a observé un cas de mort, à la suite d'une application, du reste mal conduite, de l'instrument de Tarnier, DOLÉRIS et CHARPENTIER font des réserves sur les avantages de l'usage de cet instrument.

S. BONNET.—Rapport sur un mémoire ayant pour titre : **Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation par voie abdominale et à l'hystérectomie supra-vaginale dans certains cas de fibromes utérins** (travail du Dr Chevrier).

P. PETIT. —Rapport sur un mémoire de M. Nitot : **A propos du diagnostic et de la pathologie des salpingites.**

R. L.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE PRAGUE

M. KISCH. **De la tachycardie de la ménopause.** — L'auteur a observé à Marienbad des cas nombreux de tachycardie survenant chez les femmes à l'époque de la ménopause. Ces accidents apparaissaient rarement après la cessation complète des règles, plus fréquemment au moment où les règles commençaient à devenir irrégulières, peu abondantes; ils s'annonçaient par des palpitations chez des sujets indemnes jusqu'alors des troubles de cette nature. Ces palpitations revenaient d'abord sous l'influence des efforts, puis au moindre mouvement et enfin même au repos. Ils s'accompagnaient de sensation de défaillance, d'oppression thoracique, de battements violents des carotides et de l'aorte abdominale.

---

(1) *Ann. de gyn. et d'obst* juillet., 1890, p. 1.

Bientôt survenaient des vertiges, des tintements d'oreille, des céphalées et parfois on voyait se produire des syncopes.

On trouvait alors le pouls extrêmement rapide, battant de 120 à 150 pulsations au moins à la minute, ample d'ailleurs, régulier et bien frappé. Le tracé sphygmographique montrait une pulsation à ligne d'ascension brusque et de descente également rapide, avec exagération du dicrotisme physiologique. L'auscultation du cœur indiquait également une accentuation manifeste des bruits du cœur. Parfois survenaient sur la poitrine et au visage des plaques érythémateuses fugaces, s'accompagnant d'une vive sensation de chaleur.

Les crises de tachycardie reparaissaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, parfois plusieurs fois par jour et duraient de quelques minutes à un quart d'heure. Elles ne coïncidaient pas avec un état anémique du sang comme le veulent Clément et Bœrner, et l'auteur a vu, au contraire, dans la plupart des cas, une augmentation notable du taux de l'hémoglobine.

Clément a constaté 4 cas de tachycardie de la ménopause, Bœrner 3 cas, Moor 1 cas, l'auteur ajoute 28 observations du même ordre.

L'affection ne comporte pas un pronostic funeste ; elle peut durer quelques semaines ou persister pendant deux ans. Souvent elle évolue pendant tout le temps de la ménopause, ne cessant que lorsque les règles ont complètement disparu, rarement elle survit à la ménopause.

L'emploi fréquent de purgatifs légers a donné à l'auteur d'excellents résultats dans le traitement de cette tachycardie. On peut y joindre le séjour à la campagne, une nourriture légère, et prescrire un repos presque complet avec hydrothérapie. Le bromure de potassium à petites doses produit de même les meilleurs effets.

Au point de vue de l'étiologie, on peut admettre une relation directe de cause à effet entre les troubles menstruels et la tachycardie. Il est possible que les modifications que subissent alors les ovaires et les follicules de Graaf impressionnent les terminaisons nerveuses de ces organes de façon à produire des réflexes qui se transmettent au reste de l'organisme par la voie du grand sympathique. Les observations déjà connues de tachycardie survenues à la suite d'opérations portant sur les ovaires, ou bien chez des hystériques ayant des troubles des organes génitaux, sembleraient confirmer cette manière de voir.

REVUE ANALYTIQUE

PÉRITONITE (PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT)

Etiologie de la péritonite. (Experimentelle Untersuchung über Peritonitis), par H. J. WATERHOUSE. *Archives de Virchow,* 4 février 1890, t. CXI, fasc. 2, p. 342. — Les expériences de Grawitz, confirmées par Lübber, tendent à prouver que le péritoine sain et bien asséché supporte remarquablement bien le contact des microbes pyogènes, pourvu que l'on n'injecte pas avec eux soit un irritant chimique, soit un milieu de culture abondant. Waterhouse confirme l'opinion de Grawitz. En outre il a fait quelques études visant la hernie étranglée et l'occlusion intestinale. Il a constaté d'abord que la paroi intestinale ne laisse passer les microbes que quand elle est nécrosée. Il a vu d'autre part que, si on injecte des microbes pyogènes dans les veines de l'oreille à un lapin auquel on a fait une ligature d'une anse intestinale, une péritonite se déclare : c'est une observation clinique qui lui a suggéré cette expérience.

Des expériences analogues n'ont pu être entreprises sur le péritoine de l'homme. Mais sur le scrotum humain, Waterhouse a constaté que l'injection d'une petite quantité de staphylocoques est innocente dans le scrotum sain, mais fait suppurer celui dont on a modifié l'état circulatoire par une ligature élastique préalable.

Rupture d'un follicule de Graaf, ayant produit une péritonite mortelle. (A case of ruptured Graafian follicle, producing fatal peritonitis), par J. WIGLESWORTH. *Lancet.* Lond., 1890, II, p. 719.

Chez une femme de 24 ans survint sans cause appréciable une péritonite généralisée. Les règles étant survenues pendant deux jours, les symptômes s'amendèrent beaucoup. Puis les règles cessèrent brusquement, la malade tomba dans le collapsus, et mourut le lendemain.

A l'autopsie : Péritonite purulente généralisée. Mais on ne put trouver d'autre cause que la rupture d'un petit kyste que l'examen histologique démontra être une vésicule de Graaf normale.

Tous les organes et le reste de l'ovaire lui-même étaient parfaitement sains.

V. Faure.

Sur l'affection gonorrhéique des trompes et du péritoine. (Ueber die gonorrhoische Erkrankung der Tuben und des Bauchfells), Menge. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd 21, Hft 1, p. 119.

Dans ce travail très documenté, au cours duquel il rappelle, en les discutant, les études antérieures, l'auteur touche à des points fort intéressants (mise en évidence des gonocoques dans le pus de salpingites gonorrhéiques, question de la péritonite gonorrhéique, etc.), relate les résultats fournis par ses observations personnelles, et en dégage un certain nombre de considérations pour lesquelles il réclame un supplément d'enquête. Ses observations ont été recueillies à la « *Clinique gynécologique privée* » d'A. Martin. Dans 26 cas, l'auteur a fait l'examen bactériologique des produits de maladies suppurées des trompes. Cet examen a permis de constater, dans 8 cas, la présence de bactéries dans le contenu purulent des trompes. Dans 4 de ces cas, on obtint des cultures pures de ces micro-organismes : 2 fois elles donnèrent 1 streptocoque pyogène, 2 fois le staphylocoque pyogène blanc, 1 fois un bacille, 3 fois la culture resta stérile, mais, à l'examen microscopique, on constata une fois une variété de diplocoques agrégés en amas, et vivant libres en dehors des cellules du pus, *dans les trois autres cas, on constata le gonocoque de Neisser.*

Ce sont évidemment ces 3 derniers résultats qui intéressent surtout l'auteur. On sait, en effet, que longtemps les recherches faites dans le but d'établir la relation causale qu'on supposait exister entre le gonocoque de Neisser et un certain nombre d'affections suppurées de la trompe étaient restées négatives.

L'auteur relate, en détail, ces 3 observations, et les fait suivre de la description des résultats fournis par l'examen anatomo-pathologique et bactériologique. Il étudie ensuite la symptomatologie de l'affection, expose le diagnostic différentiel avec les néoplasmes, la tuberculose des trompes, la grossesse tubaire, les affections aiguës et chroniques des trompes, l'hydrosalpinx, l'hématosalpinx, etc..., puis, mettant en parallèle les avantages de la méthode expectante et active, il se prononce résolument pour l'extirpation chirurgicale des trompes suppurées. En ce qui concerne la technique opératoire, il fait cette remarque, que les opérateurs montrent

une trop grande tendance à opérer vite, sous le double prétexte que les micro-organismes disparaissent au bout d'un certain temps au sein des produits suppurés des trompes, que dès lors le contact de ces produits suppurés avec le péritoine ne crée pas de dangers sérieux, et que la rapidité de l'opération est une condition importante de succès. Or, il faut savoir que les micro-organismes n'ont pas toujours disparu, qu'en conséquence le pus possède parfois des qualités de virulence marquées (1), et qu'on s'expose à de graves mécomptes en ne prenant pas toutes précautions pour éviter son irruption dans la cavité abdominale ou pour en prévenir les effets.

En terminant, l'auteur discute, avec tous les développements qu'elle comporte, cette question intéressante, sur laquelle l'accord est loin d'être fait : *les agents organisés, spécifiques de la gonorrhée des muqueuses, sont-ils capables, une fois transportés sur le péritoine et sur une séreuse, de déterminer, à ce niveau, un processus inflammatoire spécial ?*

Déjà un grand nombre de chercheurs, et précisément des gynécologistes, ont soulevé et étudié ce problème. Il y a longtemps que Fritsch a émis l'opinion que la périmétrite, dans la gonorrhée tubaire, doit être considérée comme le résultat de l'action spécifique du champignon gonorrhéique sur le péritoine, consécutive à l'inoculation du pus virulent sur la séreuse. Par contre, Sänger, dès 1886, rapportait les processus inflammatoires du péritoine, non au gonocoque lui-même, mais à une infection mixte. Bon nombre d'auteurs se rangent à cette opinion.

On sait que Bumm (2), dans sa monographie sur le gonocoque de Neisser, a déclaré que *le champignon de la blennorrhagie n'est capable d'entamer que l'épithélium cylindrique, en conséquence les muqueuses qui en sont tapissées, que ce sont les seuls tissus du corps humain au niveau desquels il puisse se développer*. Il ajouta que la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, observée dans la phase de réparation de l'épithélium au cours du processus gonorrhéique

(1) Boisleux. Beitrag zur bacteriologischen Untersuchung von Beckenabscessen und eitrigen Tuben und Ovarienerkrankungen. *Bericht uber die Verh. der Gesells. f. Geb. u. Gyn.*, 1890.

(2) Bumm. Ueber Peritonitis septica. *Tagebuch der Naturforsch.* Heidelberg, 1889.

de la conjonctive, doit être tenu pour un processus spécial de guérison, parce que cette transformation épithéliale met un terme à de nouvelles infractions de l'agent infectieux et que, d'autre part, les cocci anciens meurent au sein des tissus. A la fin de l'année précédente, à la réunion des naturalistes, tenue à Heidelberg, dans son travail sur la péritonite, il a déclaré, en se fondant sur l'absence des gonocoques dans les produits inflammatoires du péritoine, que *les bactéries de la gonorrhée sont incapables de provoquer une péritonite spécifique, par la raison que le péritoine possède un épithélium plat.*

Schmitt a également soutenu que, seul, l'épithélium cylindrique, ou un épithélium très semblable, est incapable de résister à l'agent gonorrhéique. Mais, dans ces dernières années, on a publié plusieurs observations qui prouvent que les gonocoques peuvent même pénétrer dans l'épithélium pavimenteux, et non seulement dans l'épithélium jeune, délicat, comme celui qui tapisse le vagin infantile, mais même dans celui des personnes adultes. Touton, Dinkler, Tadassohn ont communiqué des faits de cet ordre.

Touton pense que la forme des cellules épithéliales n'a rien à voir avec la pénétration des gonocoques dans les tissus, mais que « la condition essentielle à cette pénétration, réside dans les dimensions des espaces vulvaires, inter-cellulaires, dans la consistance de la substance unissante, et dans la délicatesse des cellules protoplasmiques ». Si ces considérations sont justifiées, on conçoit la possibilité de l'infection gonorrhéique du péritoine, dont l'épithélium réunit précisément les caractères précédents.

D'autre part, il existe plusieurs observations signalant la présence de gonocoques dans les produits inflammatoires de synoviales articulaires (Petrone, Kammerer, Bergmam, Hartley). Bumm incline à rapporter aux microbes pyogènes communs l'inflammation gonorrhéique de l'articulation du genou. Bornemay et Auber ne réussirent jamais à mettre en évidence dans le pus des arthrites suppurées du genou, au cours de la gonorrhée, des gonocoques. Aussi le dernier n'hésita-t-il pas à affirmer que la cause essentielle de la phlegmasie du genou était une infection mixte. Mais, *ces résultats négatifs ne démontrent pas davantage contre la nature gonorrhéique du pus articulaire, que l'infructuosité des recherches des gonocoques, dans le pus des trom-*

pes, n'est de nature à infirmer un diagnostic d'infection blennorrhagique, tubaire, établi d'après les commémoratifs.

Si, jusqu'à présent, on n'a pas fourni une explication satisfaisante du transport des gonocoques jusqu'à l'articulation du genou, cette lacune et le doute qu'elle suggère sur l'exactitude des constatations annoncées par certains des auteurs précédents, ne suffisent pas pour faire renoncer à la démonstration de la présence des gonocoques dans le pus de cette articulation.

Il faut également ajouter que la synoviale, membrane très analogue au péritoine par sa structure anatomique et surtout par son revêtement épithélial, peut être le siège d'une affection gonorrhéique.

Si l'on admet aussi que les gonocoques sont des agents réels de suppuration, se rapprochant beaucoup, sous se rapport, des cocci que nous voyons si souvent agir d'une façon fâcheuse sur le péritoine, il devient impossible de nier la possibilité d'une péritonite par gonocoques, par l'unique raison que les recherches bactériologiques, même de beaucoup de cas, n'auront jamais décelé la présence du champignon gonorrhéique dans les produits inflammatoires. Il faut se souvenir que malgré les efforts de chercheurs zélés (Gusserow, Cornil, Terrillon, Noggerath...) beaucoup de temps s'écoula avant que Westermark, pour la première fois, réussit à mettre en évidence les gonocoques dans le pus tubaire. Peut-être en est-il ainsi de la péritonite gonorrhéique; il est très vraisemblable que, pour être tardive, la démonstration de son existence se fera comme s'est faite celle de la salpingite gonorrhéique.

L. R.

La péritonite chez la femme, ses causes, ses effets, son traitement prophylactique et immédiat. (Peritonitis in the Female ; its causes effects, and treatment), par le Dr S. C. Gordon de Portland (Maine). *Am. J. of Obst.*, août 1890, p. 801.

Chez la femme, la péritonite est beaucoup plus fréquente que chez l'homme, elle est aussi beaucoup moins grave ; chez ce dernier, elle est le plus souvent causée par la présence de corps étrangers dans l'appendice vermiculaire.

Chez la femme, ses causes ordinaires sont toutes les inflammations du canal génital, celles surtout reconnaissant une cause vénérienne, et l'avortement.

Jacobi, qui semble ne parler que de la femme, dans la citation que fait Gordon « ne se souvient pas d'avoir eu un cas de pérityphlite, dans lequel il n'ait trouvé les traces d'une péritonite « antérieure : adhérences, rétrécissements, épaississement du « péritoine ». Blake White de New-York, a rapporté, à la Société obstétricale de New-York, le 15 octobre 1889, un cas qui présentait les symptômes de l'obstruction intestinale, où l'autopsie fit reconnaître l'existence d'un pyo-salpinx et d'un abcès de l'appendice vermiculaire réunis en une seule masse. Hanks, dans la discussion, énonce l'opinion que : « la cause la plus fréquente se trouve dans la « région tubo-ovarique ». Gordon est du même avis.

Gordon rapporte 6 cas.

Cas I. — A la suite d'un avortement criminel, Mme M. eut une péritonite septique. Laparotomie, ablation des trompes et des ovaires, et avec quantité de pus et larges exsudats. L'opérée survécut pendant quelques jours.

Cas II. — Mme M. avait depuis longtemps un fibrome sous-muqueux, qui causait des pertes fréquentes. Un homœopathe de Boston lui fit, sans aide et sans l'anesthésier, un curettage et ne lui fit aucune prescription, Gordon diagnostiqua un abcès rétro-utérin, l'autopsie lui donna raison, car il trouva un litre de pus. Il attribue la formation de cet abcès à l'emploi d'instruments malpropres.

Cas III. — Avortement criminel. Autopsie : suppuration des trompes, qui étaient couvertes d'exsudats ; cavité pelvienne remplie de pus ; intestins agglutinés ensemble, péritoine gris et épaissi.

Les trois cas suivants sont des cas de péritonite dus à l'inflammation de l'appendice iléo-cæcal.

Cas IV. — Miss B., 17 ans, prit froid pendant ses règles ; dès lors, les menstrues ont été douloureuses ; elle a une leucorrhée abondante. Le froid, la danse, et toutes les excitations amenaient un état aigu dans l'état chronique passif, où se trouvait Miss B., qui souffrait d'une constipation opiniâtre. La température oscillait entre 39°,1 et 40°. Gordon réussit, au moyen d'un long tube rectal, à faire passer un lavement, qui causa une débâcle et la malade fut fort améliorée, l'abcès disparut. Deux mois plus tard, Gordon fit le curettage, qui ramena des fongosités, et des applications d'acide phénique et d'iodoforme. L'ovaire et la trompe gauches sont très gros.

Cas V. — Mme O... a eu un enfant, il y a 8 ans, et une fausse couche, elle souffre d'une douleur dans le flanc droit ; ses menstrues sont irrégulières en date et en quantité, elle a de la leucorrhée. Constipation opiniâtre : Gordon, appelé par télégramme, à 640 kilomètres de distance, pour faire la laparotomie, trouva la malade mieux à la suite de deux évacuations abondantes.

Il conseilla le curettage, qui fut fait.

Mme D... est beaucoup mieux ; ses menstrues sont régulières et normales.

Le cas VI est analogue. L'état aigu céda aux lavements d'eau et de glycérine et aux purgatifs.

Pour la pérityphlite de la femme, Gordon préfère les moyens médicaux à l'opération.

L'auteur signale l'existence d'une péritonite non suppurée, mais produisant des adhérences étendues ; quand on fait la laparotomie on a parfois quelque peine à reconnaître les organes, tant ils sont complètement « détruits ». Cette dernière espèce est la plus commune et la plus aisée à guérir par les moyens ordinaires.

Waldo (*Am. J. of obst.*, 1890, p. 295) dit que : « la moitié au moins des autopsies de femmes révèlent l'existence d'une inflammation des trompes ». Gordon cite Henning, Thomas, Polk, Hanks, Wylie, Dudley, et d'autres dont les statistiques sont analogues.

A propos du *diagnostic*, Gordon fait observer que la température reste *remarquablement basse*, dans la péritonite causée par une septicémie du canal intestinal, ce qui prouve que la matière toxique venue de l'intestin est moins virulente que celle qui a sa source dans l'utérus. Trever, Mac Dougal, Homans ont fait la même observation.

Le début de la maladie est localisé dans les cas d'*appendicite.*

Quant au *traitement*, il est en grande partie prophylactique. L'endométrite qui peut s'étendre aux trompes est une indication du curettage que Gordon fait suivre d'une irrigation d'eau de sublimé à 1/2000 puis d'une application d'acide phénique *pur*, ou de l'application d'une gaze iodoformée qu'il laisse en place deux jours. Il ne faut pas faire la trachélorraphie le même jour.

Lorsque le mal est à l'état aigu, les cathartiques rendent d'immenses services, précédés parfois de l'administration du calomel en trituration.

Un lavement ainsi composé agit en général merveilleusement.

Sulfate de magnésie................	60 gr.
Eau bouillante.................. ...	90
Glycérine............	30

Lorsque la péritonite se généralise et qu'on reconnaît la suppuration il faut faire la laparotomie sur la ligne médiane, de façon à faire une bonne *toilette*.

Si l'abcès se circonscrit au voisinage de la trompe, les moyens médicaux sont préférables, la laparotomie peut néanmoins être indiquée.

Lorsque la péritonite ne tend pas à la suppuration, ou si après s'être formé, le pus se résorbe, et s'il se produit des adhérences, les cathartiques, les sangsues, la glycérine seront utiles puis les applications de phénol iodé, les douches qui provoqueront la résorption des exsudats.

« Mais il faut du temps pour modifier la nutrition troublée des « organes pelviens et guérir les nerfs endoloris, longtemps com- « primés. »

A. Cordes.

Traitement chirurgical de la péritonite locale et générale. (Surgical treatment of local and general peritonitis), par Gyll Wylie. *Amer. J. of obst.*, mars 1890, p. 347.

L'auteur commence par affirmer que ce qu'on nomme pelvi-cellulite chronique, donnant lieu à des poussées n'est qu'une péritonite locale, due à une salpingite et à une ovarite, que, lorsque la présence du pus a été reconnue, il n'y a qu'un traitement : la laparotomie, et qu'il faut inciser et drainer les abcès pelviens septiques, situés derrière l'utérus.

Il croit que dans la pérityphlite, comme dans les abcès pelviens, le pus est dans le péritoine.

Wylie rapporte 5 cas de pérityphlite avec abcès traités par la laparotomie et guéris. Quatre de ces malades étaient des hommes.

Il conclut en faveur de la laparotomie dans les abcès pelviens aussi bien chez la femme que chez l'homme.

A. Cordes.

Le traitement chirurgical de la péritonite puerpérale. (Surgical treatment of puerperal peritonitis), par Z. H. Evans. *Med. Rec.*, N.-Y., 12 avril 1890, t. II, p. 407.

Femme de 34 ans, fausse couche de 3 mois, remontant à 8 jours. Température au-dessous de la normale ; pouls à 157, 34 respirations ; langue sèche, tympanisme abdominal ; sueurs profuses, etc.

On ne donnait plus à la malade que quelques heures à vivre. Afin de tenter de la remonter, on lui fit prendre toute la nuit du whiskey, du lait, du carbonate d'ammoniaque, de la digitale. Le lendemain matin, comme elle vivait encore et que sa sensibilité était partiellement abolie, on lui donna quelques gouttes de chlo-

roforme, on incisa rapidement la paroi, on retourna la malade de manière à drainer la sérosité intra-abdominale et l'on fit un lavage du péritoine à l'eau chaude. Après une amélioration passagère, il y eut le 3e jour un grand frisson et des symptômes de résorption purulente ; le bout du drain retiré contenait un pus épais. Réouverture du ventre, relavage, guérison. H. H.

Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par L. N. VARNECK. *Meditsinskoé Obozriénié*, XXXV, 1891, n° 1, p. 11. — Il s'agit d'une femme âgée de 23 ans, entrée à l'hôpital pour une ascite considérable. Le ventre a grossi depuis un an environ et, malgré deux ponctions et évacuations consécutives, l'épanchement se renouvela bientôt. Ayant posé le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec épanchement et dégénérescence des tubes et des ovaires, on pratique la laparotomie. A l'ouverture du ventre, l'auteur constate que toute la partie inférieure du feuillet pariétal du péritoine est parsemée de tubercules ; on trouve aussi des tubercules miliaires sur l'enveloppe séreuse des deux trompes et des ovaires, la face postérieure de l'utérus et très peu sur la partie inférieure de l'épiploon. Extirpation des trompes et des ovaires, excision d'une petite portion du péritoine pour l'examen microscopique, lavage à l'eau boriquée (à 1 0/0) et suture de la paroi abdominale. Les suites furent très satisfaisantes : rétablissement de la malade persistant plus d'un an après l'opération. On ne trouva les bacilles de Koch qu'en très petit nombre et après des recherches longtemps restées infructueuses. Il est à remarquer que, malgré l'ablation totale et bilatérale des trompes et des ovaires, la femme continua à être réglée tous les mois.

De l'intervention hâtive dans la péritonite purulente. (Early operations in purulent peritonitis), par JOSEPH PRICE. In *Medical News* Philadelphia, 9 août 1890, t. LVII, p. 142.

L'auteur constate que la statistique des interventions pour péritonite purulente devient généralement meilleure. A l'appui, il relate cinq observations de péritonite consécutive, trois à des pyosalpingites, 1 à une infection puerpérale et une à l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Dans ces cinq cas, il pratiqua le lavage du péritoine, le drainage et compta 5 succès. P. N.

Le gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXV

Janvier à Juin 1891.

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXV

Janvier à Juin 1891.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

